

## Saúde DO 27/04/2005

### COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

#### **Instrução GNACS - 1, de 26-4-2005**

Procedimento Operacional Padrão Para desconto de Ordem de Recolhimento (OR) e Ressarcimento ao SUS Gestão Estadual

Os descontos de Ordem de Recolhimento - OR referente a prestação de serviços a partir de agosto de 2003 de prestadores sob Gestão Estadual SUS/SP, deverão ser efetuados pelo citado gestor, nas situações em que houve repasse financeiro ou pagamento indevido em decorrência de constatação. É necessário instruir processo na Direção Regional de Saúde (DIR) contendo: Ofício referente a demanda inicial (Auditoria: SIH e/ou S I A); Anexar documentação (cópia de AIH simulada, APAC e/ou relatório BPA - FAA - SADT), que comprove a produção, a competência de realização do procedimento, relatório demonstrativo do respectivo processamento; Parecer conclusivo da Auditoria com ciência do diretor técnico da DIR, especificando se total ou parcial e qual o valor a ser descontado; Solicitação do recolhimento através de ofício, pelo diretor técnico da DIR; Planilha de ordem de recolhimento (OR) - anexo I totalmente preenchida e assinada pelo prestador; Notificação ao prestador através de ofício, solicitando o envio do Termo de Anuência - anexo II devidamente assinado. O prestador poderá apresentar recurso no prazo máximo de quinze dias a partir do recebimento da notificação de Ordem de Recolhimento (OR); Caso a DIR conclua pela manutenção da OR e indeferimento do recurso enviar ofício para ciência do prestador e encaminhar o processo à Coordenação de Planejamento de Saúde / GNACS para providências quanto o efetivo recolhimento; Caso haja solicitação de parcelamento da OR pelo prestador enviar o processo para a Coordenadoria de Planejamento de Saúde / GNACS para apreciação e posterior envio ao Gabinete do Secretário; A atualização monetária dos valores a serem recolhidos, será realizada conforme cálculos através de Modelo de Sistema de Débito do Tribunal de Contas da União, a partir da data do efetivo crédito. O desconto será efetuado automaticamente, do repasse financeiro destinado ao pagamento de serviços prestados ao SUS/SP pela instituição; Será emitido Demonstrativo de Débito pelo FUNDES, que deverá ser anexado ao processo, com posterior envio à Coordenadoria correspondente (CRS / CSS), que dará ciência à instituição quanto ao recolhimento dos valores atualizados. Cabe ressaltar que o controle da Ordem de Recolhimento face aos repasses às instituições ficará sob gerência da Divisão de Finanças da Coordenadoria correspondente. Nos casos em que a instituição não tenha mais convênio de assistência com o SUS, a Diretoria de Finanças da Coordenadoria em questão deverá emitir ordem de cobrança à mesma para o pagamento devido, bem como controlar o respectivo crédito junto à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, conforme item anterior. O processo instruído com o Demonstrativo de Débito ou do efetivo recolhimento deve retornar à DIR de origem, para dar ciência ao prestador e encerramento; Os casos de aplicação de multa e outras penalidades serão tratados de acordo com a Resolução SS 46 / 2002. Nos casos de impossibilidade de adoção dos procedimentos descritos no presente procedimento operacional para cobrança de OR, a demanda será alvo de análise pela Consultoria Jurídica para propositura de ação judicial competente.

Observação: Considerando o Decreto nº 49.343 de 24/01/05, os processos da extinta Dir I - Capital, serão instruídos pela Coordenadoria de Planejamento de Saúde / GNACS.

**ANEXO I**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE -CPS  
GRUPO NORMATIVO DE AUDITORIA E CONTROLE DE SAÚDE - GNACS**

**PLANILHA DE ORDEM DE RECOLHIMENTO**

<b>PROCESSO Nº</b>				<b>AIH/APAC/BPA Nº.</b>
<b>NÚMERO DO PROCESSAMENTO</b>				
<b>DATA PAGAMENTO</b>		<b>VALOR</b>	<b>R\$</b>	
<b>NOME PACIENTE</b>				
<b>MOTIVO GLOSA/RECOLHIMENTO</b>				
<b>ENTIDADE AUDITADA</b>				
<b>CNPJ</b>				
<b>ENDEREÇO</b>				
<b>CIDADE</b>	<b>UF</b>		<b>CEP</b>	
<b>TELEFONE</b>				
<b>NOME DO RESPÓNSAVEL</b>				<b>CPF</b>
<b>CARGO/FUNÇÃO</b>				
<b>ENDEREÇO COMERCIAL</b>	<b>UF</b>		<b>CEP</b>	
<b>CIDADE</b>				
<b>TELEFONE</b>				
<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>				
<b>CIDADE</b>	<b>UF</b>		<b>CEP</b>	
<b>TELEFONE</b>				
<b>CO-RESPONSÁVEL</b>				
<b>CARGO/FUNÇÃO</b>				<b>CPF</b>
<b>ENDEREÇO COMERCIAL</b>				
<b>CIDADE</b>	<b>UF</b>		<b>CEP</b>	
<b>TELEFONE</b>				
<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>				
<b>CIDADE</b>	<b>UF</b>		<b>CEP</b>	
<b>TELEFONE</b>				
<b>RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO</b>	<b>NOME</b>			<b>DATA</b>
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDADE</b>				
<b>ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO</b>				

## ANEXO II

### PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO

Ordem de Recolhimento de Pagamento Indevido de Prestadores de Serviços de Saúde do SUS/SP, ao Fundo Estadual de Saúde – SES/SP

#### MODELO

#### Termo de Anuência

Declaramos que tomamos ciência através do ofício nº. \_\_\_\_\_, datado de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, referente ao processo nº. \_\_\_\_\_ que a(s) AIH(s)/APAC(s) número(s) \_\_\_\_\_/BPA(s) da competência \_\_\_\_\_, pago(s) indevidamente pelo SUS, ao Prestador \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_ foi (foram) impugnada(s), parcial( ) totalmente( ) em decorrência de auditoria originada por controle/repetição/denúncia/ressarcimento/serviços/outras, devendo ter seu valor recolhido ao Fundo Estadual de Saúde, através de desconto dos valores a serem repassados pela prestação de serviços de saúde ao SUS, importando no total de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) que poderá ser corrigido de acordo com a legislação vigente, em decorrência da data do efetivo desconto.

São Paulo, de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Assinatura e carimbo do Diretor do Serviço/Hospital