

Modelo de Termo de Anuência para Ordem de Recolhimento ao
FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – SES/SP

PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO

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)/BPAI(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