

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

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

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