

Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS

Instrução GNACS nº. 02, de 01/02/2008 DOE PAG 23 Secção I

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

Os descontos de Ordem de Recolhimento - OR referente à 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 constatação efetiva de repasse financeiro ou pagamento indevido. É necessário instrução de processo no Departamento Regional de Saúde (DRS), contendo os seguintes documentos:

- . • Ofício referente a demanda inicial (Auditoria: SIH e/ou S I A);
- . • Documentação (cópia de AIH simulada, APAC e/ou relatório BPA, BPAI, FAA, SADT, que comprove a produção, a competência de realização do procedimento, relatório demonstrativo do respectivo processamento);
- . • Parecer conclusivo da Comissão Técnica de Auditoria Regional - CTAR com ciência do diretor técnico do DRS, especificando se a OR é total ou parcial e qual o valor a ser descontado;
- . • Solicitação do recolhimento através de ofício, pelo diretor técnico do DRS;
- . • Planilha de 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 OR.

Caso o DRS conclua pela manutenção da OR e indeferimento do recurso, enviar ofício para ciência do prestador e encaminhar o processo à Coordenação de Regiões de Saúde - CRS/Grupo Normativo de Auditoria e Controle de Saúde – GNACS, para providências quanto ao efetivo recolhimento; Caso haja solicitação de parcelamento da OR pelo prestador enviar o processo para a CRS/GNACS para apreciação e posterior envio ao Gabinete do Secretário para deferimento ou indeferimento; 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, que dará ciência à instituição quanto ao recolhimento dos valores atualizados. Cabe ressaltar que o controle da OR 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 ao DRS 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. Esta instrução substitui a Instrução GNACS - 1, de 26-4-2005 publicada no Diário Oficial do Estado de 27/04/2005. Seguem Anexos I e II a serem utilizados.

Anexo I

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - CRS GRUPO NORMATIVO DE AUDITORIA E CONTROLE DE SAÚDE - GNACS PLANILHA DE ORDEM DE RECOLHIMENTO (OR)				
PROCESSO Nº.				AIH/APAC/BPA/BPAI Nº.
NÚMERO DO PROCESSAMENTO				
DATA PAGAMENTO		VALOR	R\$	
NOME PACIENTE				
MOTIVO GLOSA/RECOLHIMENTO				
ENTIDADE AUDITADA				
CNPJ				CNES
ENDEREÇO				
CIDADE	UF		CEP	
TELEFONE				
NOME DO RESPONSÁVEL				CPF
CARGO/FUNÇÃO				
INÍCIO do PERÍODO de EXERCÍCIO				
ENDEREÇO COMERCIAL				
CIDADE	UF		CEP	
TELEFONE				
ENDEREÇO RESIDENCIAL				
CIDADE	UF		CEP	
TELEFONE				
CO-RESPONSÁVEL				
CARGO/FUNÇÃO				CPF
ENDEREÇO COMERCIAL				
CIDADE	UF		CEP	

TELEFONE			
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
CIDADE	UF	CEP	
TELEFONE			
NOME RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO			
DOCUMENTO DE IDENTIDADE		DATA	
ASSINATURA E CARIMBO 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 – FUNDES/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) /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 – FUNDES SES/SP, através de desconto dos valores a serem repassados pela

prestação de serviços de saúde ao SUS, importando no valor 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