

Nº 212 – 05/11/10 – Seção 1 - p.52

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 3.355, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2010

Dispõe sobre o processo de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde - CEBAS - Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e
Considerando a competência dada ao Ministério da Saúde pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para a análise e a decisão dos requerimentos de concessão ou de renovação dos Certificados das Entidades Beneficentes de Assistência Social que prestam serviços na área da saúde;
Considerando o Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010, que dispõe sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para seguridade social, e dá outras providências,
Considerando o Decreto nº 7.300, de 14 de setembro de 2010, que regulamenta o art. 110 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010, e altera o Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010, e
Considerando o Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, criando o Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência em Saúde, resolve:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A concessão ou a renovação do Certificado das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da saúde – CEBAS Saúde será concedida às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços na área da saúde e que atendam ao disposto na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, no Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010, e nesta Portaria.

Parágrafo único. O Certificado concedido terá validade de 3 (três anos), permitida sua renovação por iguais períodos.

Art. 2º Compete à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS) a condução do processo de concessão e renovação da Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde.

§ 1º O processo de certificação será desenvolvido pelo Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social - DCEBAS-Saúde no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS).

§ 2º A emissão do Certificado, bem como sua renovação dar-se-á por ato próprio do Secretário de Atenção à Saúde.

Art. 3º Fica instituído o Comitê Consultivo, no âmbito do DCEBAS - Saúde, com a finalidade de assistir à sua Diretoria, sem participar da instrução do processo de certificação e renovação do CEBAS Saúde.

§ 1º O Comitê Consultivo será integrado por representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades:

I - DCEBAS - Saúde, cujo Diretor será o representante titular;

II - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

III - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

IV - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB).

§ 2º Compete ao representante do DCEBAS - Saúde a coordenação do Comitê Consultivo.

§ 3º Os membros do Comitê Consultivo, titular e suplente, serão indicados pelo órgão e entidades, para o período de um ano, e designados em ato do Secretário de Atenção à Saúde.

§ 4º Compete ao Comitê Consultivo colaborar com a Diretoria do DCEBAS - Saúde no encaminhamento de questões que surjam no desenvolvimento de suas atividades, sem efeito vinculativo.

§ 5º O Comitê Consultivo reunir-se-á mensalmente ou quando convocado por seu Coordenador.

Art. 4º As entidades sem fins lucrativos, beneficentes ou não, com atuação preponderante ou secundária na área da saúde deverão proceder a seu cadastramento ou recadastramento junto ao Ministério da Saúde e mantê-lo atualizado.

§ 1º O cadastramento ou recadastramento de que trata o caput será realizado, exclusivamente, por meio do sistema disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude onde se encontram as condições, orientações e prazos para efetuar-lo.

§ 2º O cadastro servirá como referencial básico para os processos de certificação ou renovação do CEBAS-Saúde, não substituindo o requerimento de concessão ou renovação, conforme estabelecido nesta Portaria.

CAPÍTULO II

DO REQUERIMENTO E DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Art. 5º O requerimento para a concessão ou renovação do CEBAS - Saúde deverá ser protocolizado junto ao Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, na forma estabelecida no Capítulo III desta Portaria, com antecedência mínima de 6 (seis) meses do termo final de sua validade, conforme estabelecido no § 1º do art. 24 da Lei nº 12.101, de 2009, excetuando-se o disposto no art. 38 da mesma Lei.

Parágrafo único. Para fins de cumprimento do prazo estabelecido no caput, o requerimento será considerado recebido pelo Ministério da Saúde a partir da data de seu protocolo.

Art. 6º O protocolo do requerimento de renovação do CEBAS- Saúde servirá como prova de certificação até o julgamento do processo pelo Ministério da Saúde, desde que formalizado com antecedência mínima de 6 (seis) meses do termo final de sua validade e a entidade requerente esteja com certificação vigente.

Art. 7º O requerimento de que trata o art. 5º deverá ser formalizado pela entidade utilizando-se o "Formulário de Requerimento", constante do Anexo I a esta Portaria e disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude, devendo estar acompanhado dos documentos comprobatórios exigidos, conforme o caso, para a concessão ou renovação do CEBAS - Saúde.

§ 1º São documentos comprobatórios de apresentação obrigatória para todas as entidades:

I - comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

II - cópia do ato constitutivo da entidade, devidamente registrado, que demonstre o cumprimento dos requisitos estabelecidos no art. 3º da Lei nº 12.101, de 2009;

III - cópia da ata de eleição dos dirigentes da entidade e, quando for o caso, instrumento comprobatório de representação legal;

e

IV - relatório anual de atividades desempenhadas, assinado pelo representante legal da entidade, do qual constem informações sobre:

a) os atendimentos realizados;

b) o número de pessoas atendidas;

c) os recursos financeiros envolvidos;

d) o quantitativo das internações hospitalares e dos atendimentos ambulatoriais realizados para usuários e para não usuários do SUS; e

e) os serviços gratuitos e as ações de promoção e proteção à saúde, quando couber.

§ 2º Para a certificação originária, 1º Certificado, a entidade deverá apresentar o Relatório Anual relativo ao exercício fiscal anterior ao do requerimento, e para renovação, a entidade deverá apresentar os Relatórios Anuais (um por exercício) relativos aos três exercícios fiscais anteriores ao do requerimento.

§ 3º Além dos documentos especificados no § 1º deste artigo, são documentos comprobatórios de apresentação obrigatória, de acordo com a forma como a entidade pretenda comprovar sua condição de beneficente para fins de certificação:

I - entidade que busque a comprovação de sua condição de beneficente pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60 % (sessenta por cento):

a) cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), encaminhada pelo responsável legal da entidade ao gestor do SUS contratante de seus serviços, devidamente protocolizada junto à respectiva Secretaria de Saúde;

b) cópia do convênio ou instrumento congênere firmado com o gestor local do SUS;

c) atestado fornecido pelo gestor local do SUS, resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, ou parecer da Comissão de acompanhamento sobre o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas de internação ou de atendimentos ambulatoriais estabelecidas em convênio ou instrumento congênere, consideradas as tendências positivas, observado o disposto na Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, conforme o modelo constante do Anexo II;

d) atestado fornecido pelo gestor local do SUS de redução do período mínimo de cumprimento dos requisitos de que trata o § 2º do art. 3º do Decreto nº 7.237, de 2010, quando for o caso, conforme modelo constante do Anexo III; e

e) a entidade que pretenda incorporar ao seu demonstrativo de serviços prestados ao SUS aqueles prestados por entidades que estejam sob sua gestão, por força de contrato de gestão, deverão apresentar esse contrato devidamente firmado pelos responsáveis legais das entidades envolvidas.

II - entidade que busque a comprovação de sua condição de beneficente pela prestação anual de serviços ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento), e por aplicação de percentual de sua receita bruta em gratuidade:

a) os documentos previstos no inciso I deste parágrafo;

b) atestado fornecido pelo gestor local do SUS sobre a falta de demanda, justificante do não cumprimento do percentual mínimo a que se refere o inciso II do art. 4º da Lei nº 12.101, de 2009, conforme modelo constante do Anexo IV, se aplicável;

c) atestado fornecido pelo gestor local do SUS sobre os resultados obtidos mediante pacto estabelecido para prestação de serviços de atendimento ambulatorial e/ou de internação hospitalar, decorrente da aplicação do percentual da receita bruta em gratuidade, conforme modelo constante do Anexo V; e

d) demonstrativo contábil e notas explicativas que comprovem a aplicação dos percentuais exigidos nos incisos I a III do art. 8º da Lei nº 12.101, de 2009.

III - entidade cujos serviços de saúde não forem objeto de contratação pelo gestor do SUS e que busque a comprovação de sua condição de beneficente pela aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em gratuidade:

a) demonstrativo contábil e notas explicativas que comprovem o valor da receita bruta e a aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) dessa receita em gratuidade, conforme o disposto no art. 8º da Lei nº 12.101, de 2009; e

b) atestado fornecido pelo gestor local do SUS sobre os resultados obtidos mediante pacto estabelecido para prestação de serviços de atendimento ambulatorial e/ou de internação hospitalar e/ou de ações de promoção e proteção à saúde, decorrente da aplicação do percentual da receita bruta em gratuidade, conforme modelo constante do Anexo V.

IV - entidade que busque a comprovação de sua condição de beneficente mediante a realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS:

a) portaria de habilitação para apresentação de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, editada pelo Ministério da Saúde;

b) cópia do Termo de Ajuste ou Convênio celebrado com o Ministério da Saúde e dos respectivos Termos Aditivos;

c) demonstrações contábeis e financeiras contendo o balanço patrimonial, a demonstração dos resultados, com as respectivas notas explicativas, submetidas a parecer conclusivo de auditor independente, legalmente habilitado no Conselho Regional de Contabilidade, que comprovem a aplicação da totalidade do valor da isenção usufruída em projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, complementado ou não por prestação de serviços não remunerados pactuados com o gestor local do SUS no limite estabelecido na Lei nº 12.101, de 2009;

d) documento que comprove a aprovação dos relatórios anuais do Termo de Ajuste ou Convênio e respectivos Termos Aditivos, conforme estabelecido em portaria específica do Ministério da Saúde;

e) atestado fornecido pelo gestor local do SUS sobre os resultados obtidos, de acordo com o definido no § 4º do art. 11 da Lei nº 12.101, de 2009, conforme modelo constante do Anexo VI; e

f) resumo da Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social.

V - entidade que busque a comprovação de sua condição de beneficente pelo estabelecimento de parcerias:

a) documento formal de estabelecimento da parceria firmada pelos responsáveis legais das entidades envolvidas com a interveniência do gestor local do SUS, que preveja a corresponsabilidade das partes na prestação dos serviços, em conformidade com o § 3º do art. 3º do Decreto nº 7.237, de 2010;

b) atestado fornecido pelo gestor local do SUS sobre os resultados obtidos mediante parcerias estabelecidas para potencializar as ações de saúde, conforme modelo constante do Anexo VII; e

c) demonstrativo contábil e notas explicativas que comprove o valor da receita bruta e a aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) dessa receita nas ações de saúde estabelecidas mediante parcerias;

VI - entidade que busque a comprovação de sua condição de beneficente conforme o art. 110 da Lei nº 12.249, de 2010:

- a) Guias de Recolhimento de FGTS e Informações para a Previdência Social (GFIPS), apresentadas pela entidade à Receita Federal do Brasil;
- b) demonstrativo contábil e notas explicativas que comprovem a aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) do valor total das isenções em prestação de serviços gratuitos aos usuários dos SUS;
- c) comprovante emitido pelo gestor local do SUS sobre o cumprimento das metas e resultados obtidos mediante pacto firmado para a prestação de serviços decorrentes da aplicação do percentual em gratuidade, conforme o modelo constante do Anexo V; e
- d) comprovante do estabelecimento de prestação de serviços assistenciais de saúde não remunerados pelo SUS a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes, prevista em norma coletiva de trabalho.

§ 4º As demonstrações contábeis, os relatórios anuais, e os atestados ou resoluções da CIB previstos no § 2º, deverão ser relativos ao exercício fiscal anterior ao do requerimento, para o caso de concessão originária, e aos três exercícios fiscais anteriores, quando se tratar de renovação do certificado.

Art. 8º A entidade que atuar em mais de uma das áreas previstas na Lei nº 12.101, de 2009, deverá requerer a concessão ou renovação de seu Certificado no Ministério responsável pela área de sua atuação preponderante, observado o disposto no art. 10 do Decreto nº 7.237, de 2010.

Art. 9º A entidade referida no art. anterior deverá instruir o requerimento para a concessão ou renovação do Certificado com a documentação prevista no Decreto nº 7.237, de 2010, nesta Portaria e nas normas expedidas pelos Ministérios com que mantenha vínculo.

CAPITULO III DO PROTOCOLO

Art. 10. Os documentos relacionados ao processo de certificação de entidade beneficente, como requerimentos, representações, defesas, recursos ou outros, deverão ser protocolizados junto à SAS, nos termos abaixo:

I - no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude, cujos documentos apresentados, bem como as assinaturas neles constantes deverão ser certificados digitalmente;

II - presencialmente, na sede no Ministério da Saúde, em Brasília, na Divisão de Apoio Administrativo do DCEBAS-Saúde no endereço constante do site www.saude.gov.br/cebas-saude; ou

III - encaminhado, via postal, em envelope endereçado à SAS, no endereço constante do www.saude.gov.br/cebas-saude, devendo o envelope ser acompanhado de AVISO de RECEBIMENTO, e identificado conforme as seguintes hipóteses:

- a) no caso de requerimento de concessão ou renovação de CEBAS-Saúde: REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE CEBAS - Saúde ou REQUERIMENTO DE RENOVAÇÃO DE CEBAS – Saúde e nome da entidade requerente;
- b) no caso de representação: REPRESENTAÇÃO, representante e entidade representada;
- c) no caso de defesa: DEFESA e nome da entidade; e
- d) no caso de recurso: RECURSO e nome da entidade.

§ 1º A data do protocolo será a do dia do envio dos documentos por meio eletrônico ou a da sua entrega presencial, conforme o estabelecido nos incisos I e II deste art., ocasião em que será atribuído o número de registro do protocolo.

§ 2º A data do protocolo dos documentos enviados por via postal será a do dia da postagem constante do Aviso de Recebimento devendo que essa data e o número de registro ser atribuídos ao protocolo por ocasião do recebimento dos documentos no Ministério da Saúde, conforme estabelecido no inciso III deste artigo.

§ 3º Os documentos serão considerados recebidos a contar da data de seu protocolo.

§ 4º O número de registro, data e tempestividade do protocolo bem como a tramitação processual poderão ser consultados no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude.

CAPÍTULO IV DA ANÁLISE DO REQUERIMENTO

Art. 11. O requerimento para a concessão ou renovação do CEBAS - Saúde será examinado obedecendo rigorosamente à ordem cronológica da data do protocolo e o prazo estabelecido para análise, conforme definido no § 1º do art. 4º do Decreto nº 7.237, de 2010.

§ 1º O requerimento com documentação incompleta poderá ser complementado em única diligência a ser realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da notificação da entidade interessada desde que, em se tratando de renovação, a complementação ocorra, no máximo, dentro dos 6 (seis) meses a que se refere o § 1º do art. 24 da Lei nº 12.101, de 2009.

§ 2º A entidade será notificada da documentação faltante mediante ofício, expedido pelo DCEBAS - Saúde, acompanhado de Aviso de Recebimento (AR).

§ 3º Na hipótese de renovação da certificação será verificado se o requerimento se encontra instruído com os documentos necessários, de forma a permitir, quando for o caso, a sua complementação pela entidade requerente, na forma do disposto no § 1º.

Art. 12. A análise do requerimento de que trata o art. 11 dar-se-á pelo exame da documentação apresentada pela entidade e levará em consideração os critérios e parâmetros estabelecidos na Lei nº 12.101, de 2009, no Decreto n.º 7.237, de 2010 e nesta Portaria, notadamente os constantes das Seções deste Capítulo.

§ 1º A análise de que trata o caput será realizada no âmbito do DCEBAS-Saúde, por equipe técnica composta por 3 (três) membros especificamente designados para essa tarefa.

§ 2º Analisados os documentos e verificado o cumprimento das exigências estabelecidas para a concessão ou renovação do CEBAS- Saúde, a equipe técnica lavrará parecer circunstanciado recomendando o deferimento ou o indeferimento do requerimento.

§ 3º O Coordenador-Geral do DCEBAS-Saúde aprovará o parecer técnico e, ato contínuo, o submeterá à consideração do Diretor, que, se de acordo, o encaminhará para deliberação do Secretário de Atenção à Saúde.

Art. 13. O requerimento protocolizado por entidade que atue em mais de uma área será analisado pelo DCEBAS-Saúde no que se refere à área da saúde, e será promovida a audiência dos demais Ministérios quanto à documentação exigida em suas normas, na Lei nº 12.101, de 2009, e no Decreto n.º 7.237, de 2010, cuja manifestação será juntada aos autos.

Seção I

Da Análise da Atividade Preponderante da Entidade

Art. 14. A definição da atividade preponderante da entidade dar-se-á com base no registro da atividade econômica principal constante do CNPJ, que deverá corresponder ao principal objeto de atuação da entidade, verificado nas demonstrações contábeis e, caso necessário, nos seus atos constitutivos e relatório de atividades.

Art. 15. Caso a atividade econômica principal da entidade, constante do CNPJ, não seja compatível com a área da saúde, o DCEBAS-Saúde encaminhará o requerimento ao Ministério responsável pela área de atuação que foi identificada como preponderante, informando a entidade a respeito do fato.

§ 1º O requerimento, a que se refere o caput, será acompanhado de parecer técnico elaborado em conformidade com o disposto no art. 11 deste Capítulo, que deverá ser conclusivo, recomendando o deferimento ou o indeferimento no que refere à área da saúde, quando esta constar da documentação como atividade não preponderante.

§ 2º No caso previsto no caput será considerada a data do protocolo do Ministério em que o requerimento tenha sido inicialmente formalizado para fins de comprovação de sua tempestividade.

Art. 16. Constatada divergência entre a atividade econômica principal, constante do CNPJ, e o objeto de atuação principal da entidade, verificando-se, no entanto, sua compatibilidade com a área da saúde, o DCEBAS-Saúde recomendará à entidade, quando for o caso, que efetue as alterações necessárias no CNPJ e em seus atos constitutivos.

Parágrafo único. Na situação prevista neste artigo, nova cópia registrada do ato constitutivo deverá ser apresentada, conforme o descrito no inciso III do art. 3º do Decreto nº 7.237, de 2010.

Seção II

Da Análise da Prestação de Serviços ao SUS

Art. 17. As internações hospitalares e os atendimentos ambulatoriais prestados pela entidade serão totalizados com base nos dados disponíveis e informados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e na Comunicação de Internação Hospitalar (CIH).

§ 1º Para a quantificação do total de serviços prestados, que represente 100% (cem por cento) da produção desses serviços, nas áreas de internação hospitalar e ambulatorial, a entidade deverá, obrigatoriamente, informar ao Ministério da Saúde, em conformidade com o estabelecido no art. 5º da Lei nº 12.101, de 2009, conforme o que segue:

I - a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para pacientes não usuários do SUS;
II - a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para pacientes usuários do SUS; e
III - as alterações referentes aos registros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.

§ 2º A informação de que trata o § 1º deste artigo será fornecida por meio do preenchimento dos sistemas de informação referidos no caput, e para a produção de serviços prestados a não usuários do SUS, será feita a observação de não geração de créditos em relação aos procedimentos registrados.

Art. 18. O somatório dos serviços prestados pela entidade de saúde será calculado a partir da valoração ponderada dos atendimentos ambulatoriais e de internações apresentados, utilizando a metodologia descrita no Anexo VIII desta Portaria, observados os critérios estabelecidos no art. 19 e seus parágrafos do Decreto nº 7.237, de 2010.

Art. 19. A demonstração do percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de serviços a ser ofertados ao gestor local do SUS poderá ser:

I - individualizada por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da pessoa jurídica, desde que não abranja outra entidade com personalidade jurídica própria que seja por ela mantida;

II - pelo conjunto dos estabelecimentos da pessoa jurídica, na forma do inciso I, em percentual diferenciado por entidade, desde que o somatório da oferta totalize o percentual mínimo de 60 % (sessenta por cento); e

III - mediante incorporação, no limite de 10% (dez por cento) dos seus serviços, aqueles prestados ao SUS em estabelecimentos a ela vinculados, calculados na forma estabelecida neste Capítulo, conforme disposto no § 2º do art. 4º da Lei nº 12.101, de 2009, devendo, para tanto, apresentar o respectivo contrato de gestão devidamente firmado pelos responsáveis legais pelas entidades envolvidas e as informações previstas no § 1º do art. 17 desta Portaria.

Art. 20. Aquela entidade que, analisada sua produção de serviços, não atingir o percentual mínimo de 60 % (sessenta por cento) da prestação de serviços ao SUS, deverá comprovar a aplicação de percentual de sua receita bruta em atendimento gratuito, atendido o estabelecido no art. 8º da Lei nº 12.101, de 2009.

Parágrafo único. Os serviços de internação hospitalar e de atendimento ambulatorial, prestados aos usuários do SUS e aos não usuários do SUS, deverão ser apresentados e comprovados em conformidade com o estabelecido nos arts. 17 e 18 deste Capítulo, bem como a comprovação da aplicação de percentual de sua receita bruta em atendimento gratuito se dará por demonstração contábil, na forma estabelecida na Seção V deste Capítulo.

Art. 21. A entidade que preste serviços exclusivamente ambulatoriais deverá, obrigatoriamente informar ao Ministério da Saúde, em conformidade com o estabelecido no art. 5º da Lei nº 12.101, de 2009, o que segue:

I - a totalidade dos atendimentos ambulatoriais realizados para pacientes não usuários do SUS;

II - a totalidade dos atendimentos ambulatoriais realizados para pacientes usuários do SUS; e

III - as alterações referentes aos registros no SCNES.

§ 1º A informação de que trata o caput será fornecida por meio do preenchimento do SIA, devendo, para a produção de serviços para não usuários do SUS, ser feita a observação de não geração de créditos em relação aos procedimentos registrados;

§ 2º O somatório e as demonstrações previstos para esse tipo de entidade, no que couber, serão obtidos da mesma forma estabelecida nos arts. 18, 19 e 20 desta Portaria.

§ 3º Será considerada entidade de saúde que presta serviços exclusivamente ambulatoriais:

I - aquela que realiza atendimentos ambulatoriais e não realiza internação hospitalar,

II - aquela que tenha foco no atendimento ambulatorial, verificado pelo faturamento no SIA maior que 50% (cinquenta por cento) do faturamento global da entidade registrado nos sistemas de informação do SUS (SIA+SIH), bem como que realize internações hospitalares eventuais registradas no SIH no quantitativo de até 60 (sessenta) internações por ano.

Seção III

Da Análise dos Demonstrativos Relacionados à Execução de Projetos de Apoio Institucional ao SUS

Art. 22. O requerimento de concessão ou renovação do CEBAS- Saúde da entidade que realize projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS será analisado mediante:

I - documentação apresentada;

II - demonstrações contábeis e financeiras, que compreendam o balanço patrimonial e a demonstração dos resultados, com as respectivas notas explicativas, submetidas a parecer conclusivo de auditor independente, legalmente habilitado no Conselho Regional de Contabilidade, evidenciando a aplicação da totalidade do valor da isenção usufruída em projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS complementado ou não por prestação de serviços não remunerados pactuados com o gestor local do SUS no limite estabelecido na Lei nº 12.101, de 2009, conforme o disposto nos §§ 3º e 4º do art. 23 do Decreto 7.237, de 2010, e no art. 25 desta Portaria;

III - aprovação dos relatórios anuais do Termo de Ajuste ou Convênio e respectivos Termos Aditivos, conforme estabelecido em portaria específica do Ministério da Saúde, e

IV - registros, nos sistemas CIH, SIA, com a observação de não geração de crédito, de serviços ambulatoriais e hospitalares, pactuados com o gestor local do SUS para os casos de complementação de atividades relativas aos projetos de apoio, conforme o definido no § 4º da Lei nº 12.101, de 2009.

Seção IV

Da Análise dos Serviços Prestados Mediante Parcerias

Art. 23. A análise do requerimento de concessão ou renovação do CEBAS-Saúde da entidade que realize serviços mediante parcerias dar-se-á mediante:

I - documentação apresentada;

II - demonstrações contábeis e respectivas notas explicativas que evidenciem o valor da receita bruta e a aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) dessa receita nas ações de saúde estabelecidas mediante parceria; e

III - atestado fornecido pelo gestor local do SUS sobre os resultados obtidos mediante parcerias estabelecidas para potencializar as ações de saúde.

Seção V

Das Demonstrações Contábeis e Sua Análise

Art. 24. A entidade cuja receita bruta anual for superior ao limite máximo estabelecido no inciso II do art. 3º da Lei Complementar n.º 123, de 14 de dezembro 2006, deverá submeter sua escrituração à auditoria independente, realizada por instituição credenciada no Conselho Regional de Contabilidade.

Parágrafo único. Para a apuração da receita bruta anual, também serão computadas as doações e as subvenções recebidas ao longo do exercício, em todas as atividades realizadas.

Art. 25. Na análise das demonstrações contábeis serão observadas prioritariamente:

I - no balanço patrimonial:

a) discriminação quanto aos componentes do ativo circulante e não circulante, quanto à composição do passivo circulante e não circulante, e quanto à composição do Patrimônio Líquido;

b) constituições das provisões;

c) depreciações;

II - na demonstração do resultado do exercício:

a) receita bruta anual auferida, devidamente discriminada, evidenciando receitas oriundas de recursos do SUS, de convênios com planos privados de saúde, de pagamento de serviços de saúde por desembolso direto, doações, contribuições, por área de atuação, sem prejuízo das demais receitas;

b) detalhamento das despesas e custos ocorridos, devidamente discriminados por área de atuação, sem prejuízo das demais despesas;

c) superávit ou déficit do exercício;

d) benefício fiscal usufruído;

III - nas notas explicativas:

a) resumo das principais práticas contábeis;

b) critérios de apuração e detalhamento das receitas e despesas, especialmente com gratuidades, doações, subvenções, convênios, contribuições e aplicação de recursos;

c) benefício fiscal usufruído; e

d) demonstração do percentual da receita bruta despendido em atendimentos gratuitos e, se for o caso, nos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, cujo detalhamento dos custos a ser apresentado não poderá exceder o valor efetivamente despendido pela entidade.

Parágrafo único. O parecer de auditor independente na hipótese de que trata o § 3º do art. 11 e o § 4º do art. 18 do Decreto nº 7.237, de 2010, deverá seguir a Norma Brasileira de Contabilidade vigente, além de expressar, clara e objetivamente, se as demonstrações contábeis auditadas estão adequadamente representadas ou não.

CAPÍTULO V

DO EFEITO DA DECISÃO DOS REQUERIMENTOS DE CONCESSÃO E RENOVAÇÃO

Art. 26. Para o requerimento de concessão do CEBAS-Saúde, o efeito da decisão contará a partir da data de sua publicação.

Art. 27. Para o requerimento de renovação do CEBAS-Saúde:

I - protocolizado no prazo previsto no § 1º do art. 24 da Lei nº 12.101, de 2009, o efeito da decisão contará:

- a) do término da validade da certificação anterior, se a decisão for favorável ou se a decisão for desfavorável e proferida até o prazo de seis meses; ou
- b) da data da publicação da decisão, se esta for desfavorável e proferida após o prazo de seis meses;
- II - protocolizado após o prazo previsto no § 1º do art. 24 da Lei nº 12.101, de 2009, o efeito da decisão contará:
- a) do término da validade da certificação anterior, se o julgamento ocorrer antes do seu vencimento; ou
- b) da data da publicação da decisão, se esta for proferida após o vencimento da certificação; e
- III - no caso previsto na alínea "b" do inciso II deste artigo, a entidade não usufruirá dos efeitos da certificação no período compreendido entre o término da sua validade e a data de publicação da decisão, independentemente do seu resultado.

Art. 28. O extrato da decisão será publicado no Diário Oficial da União (DOU), contendo obrigatoriamente:

I - o nome da entidade;

II - o CNPJ;

III - o número do processo;

IV - Município, Sede da entidade e respectivo Estado;

V - conteúdo e efeito da decisão; e

VI - na situação de deferido, o período de validade do Certificado.

Parágrafo único. O processo com decisão publicada será arquivado no DCEBAS-Saúde.

CAPÍTULO VI

DA CONSULTA AOS AUTOS

Art. 29. A consulta aos autos será permitida em qualquer fase da tramitação do processo de concessão ou renovação do CEBAS - Saúde.

§ 1º Os pedidos de consulta aos autos, bem como de audiências junto ao DCEBAS-Saúde, deverão observar o disciplinado no Decreto nº 4.334, de 12 de agosto de 2002, e na Portaria nº 1.171/GM, de 15 de junho de 2004.

§ 2º A consulta de que trata o caput deste artigo será restrita ao representante legal da entidade, de acordo com o indicado na ata de eleição, conforme o inciso III do art. 3º do Decreto n.º 7.237, de 20 de 2010, ou a seu procurador devidamente identificado.

§ 3º A consulta aos autos será obrigatoriamente acompanhada por técnicos designados pela Coordenação competente, não sendo permitida consulta direta à equipe técnica responsável pela análise do processo em questão.

§ 4º O consulente, devidamente identificado, deverá registrar no processo que consultou os autos e, se for o caso, que recebeu as cópias solicitadas ou procedeu à cópia digital em instrumento de sua propriedade de parte ou de inteiro teor do processo.

CAPÍTULO VII

DA REPRESENTAÇÃO

Art. 30. Verificada a prática de irregularidade pela entidade certificada, poderão representar, motivadamente, ao Ministério da Saúde, os órgãos, entidades e conselhos definidos no art. 27 da Lei nº 12.101, de 2009.

§ 1º A representação, dirigida ao Secretário de Atenção à Saúde, deverá conter a qualificação do representante, a identificação da entidade representada e a descrição dos fatos a serem apurados e, sempre que possível, a documentação pertinente e demais informações relevantes para o esclarecimento de sua representação.

§ 2º A representação deverá ser protocolizada na forma estabelecida no Capítulo III desta Portaria.

Art. 31. Após o recebimento da representação, caberá à SAS, por intermédio do DCEBAS-Saúde:

I - notificar a entidade, mediante ofício, acompanhado de Aviso de Recebimento, para apresentação da defesa no prazo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento da notificação, e

II - comunicar à Secretaria da Receita Federal do Brasil, no prazo de 30 (trinta) dias do recebimento da representação, contados da data do protocolo, salvo se esta figurar como parte na representação.

§ 1º Decorrido o prazo estabelecido no inciso I deste artigo sem a manifestação da entidade, a representação será julgada, em conformidade com os procedimentos previstos nos parágrafos abaixo.

§ 2º Recebida tempestivamente a defesa ou transcorrido o prazo sem manifestação da entidade, a representação será analisada no âmbito da SAS que, para subsidiar sua decisão, submeterá o processo à avaliação de equipe técnica do DCEBAS-Saúde, diversa da que analisou o processo inicial, e ao Ministério da área não preponderante de atividade, se for o caso.

§ 3º O Secretário de Atenção à Saúde deverá prolatar a decisão sobre a representação no prazo de 30 (trinta) dias a contar do término do prazo para a apresentação da defesa.

§ 4º Considerada procedente a razão da representação o Secretário de Atenção à Saúde cancelará o CEBAS-Saúde e publicará sua decisão, em extrato, no DOU e no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude.

§ 5º O julgamento de improcedência da representação ou o cancelamento do CEBAS-Saúde deverá ser informado pela SAS à Secretaria da Receita Federal do Brasil, em até 48 (quarenta e oito) horas após a publicação da decisão no DOU e à entidade representada.

CAPÍTULO VIII

DO CANCELAMENTO DA CERTIFICAÇÃO

Art. 32. O Secretário de Atenção à Saúde, a qualquer tempo, poderá cancelar o CEBAS-Saúde, caso seja constatado o descumprimento pela entidade dos requisitos necessários à obtenção do Certificado, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

§ 1º A certificação será cancelada a partir da ocorrência do fato que ensejou o descumprimento dos requisitos necessários a sua manutenção, após processo iniciado de ofício, por notificação da autoridade certificadora dos demais Ministérios, de acordo com o estabelecido no art. 15 do Decreto nº 7.237, de 2010, ou por meio de representação.

§ 2º Em qualquer das situações previstas no § 1º deste artigo, será adotado o procedimento previsto no art. 16 do Decreto n.º 7.237, de 2010, e, no que for pertinente, o estabelecido no Capítulo VII desta Portaria.

§ 3º O cancelamento do CEBAS-Saúde gerará efeitos a partir da data da ocorrência da irregularidade que o tiver motivado, sem prejuízo da exigibilidade do crédito tributário e das demais sanções previstas em lei.

CAPÍTULO IX

DO RECURSO

Art. 33. A entidade cujo requerimento de concessão ou renovação tenha sido indeferido ou a certificação tenha sido cancelada, em decorrência do estabelecido no Capítulo VIII deste ato, poderá interpor recurso.

§ 1º O recurso de que trata o caput deste art. que poderá abranger questões de legalidade e mérito, dirigido ao titular da SAS, deverá ser protocolizado no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da publicação do indeferimento da concessão ou renovação ou cancelamento da certificação, não sendo admitido o protocolizado fora desse prazo.

§ 2º O recurso deverá ser protocolizado na forma estabelecida no Capítulo III desta Portaria, e considerado recebido a partir da data de seu protocolo.

Art. 34. Recebido tempestivamente, o recurso será analisado no âmbito da SAS que, para subsidiar sua decisão, submeterá o processo à avaliação de equipe técnica do DCEBAS-Saúde, diversa da que analisou o processo inicial, e ao Ministério da área não preponderante de atividade, se for o caso.

§ 1º Acolhido o recurso, a SAS, no prazo de 10 (dez) dias a contar da data do protocolo, deverá publicar a reforma de sua decisão.

§ 2º Em caso de não acolhimento, os autos do processo serão encaminhados ao Ministro de Estado da Saúde para que este, em última instância, aprecie o recurso interposto.

Art. 35 A partir do recebimento do recurso no Gabinete do Ministro, será aberto o prazo de 15 (quinze) dias, por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude, para manifestação da sociedade civil e, se for o caso, do Ministério responsável pela área de atuação não preponderante da entidade.

§ 1º Esgotado o prazo estabelecido no caput, o processo será instruído pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde que o submeterá à decisão final do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º O Ministro de Estado da Saúde deverá prolatar a decisão final sobre o recurso no prazo de noventa dias, contados da data de seu recebimento no Gabinete conforme estabelecido no caput deste artigo, que será publicada, em extrato, no Diário Oficial da União e no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude.

§ 3º Se a decisão for pelo indeferimento do recurso, será dada ciência à Secretaria da Receita Federal do Brasil do cancelamento da certificação, em até 48 (quarenta e oito) horas após a publicação da sua decisão no DOU.

§ 4º A entidade será informada sobre o resultado do julgamento do recurso mediante comunicação do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO X

DA SUPERVISÃO

Art. 36. O Ministério da Saúde supervisionará as entidades beneficentes quanto ao cumprimento das condições que ensejaram a sua certificação, nos termos do art. 24 da Lei nº 12.101, de 2009, e do art. 14 Decreto n.º 7.237, de 2010, podendo, a qualquer tempo, determinar a apresentação de documentos, a realização de auditorias e de diligências.

§ 1º O Ministério da Saúde também supervisionará, em sua área, as entidades beneficentes cuja atuação preponderante seja nas áreas de assistência social e educação, na forma do caput.

§ 2º Sem prejuízo das representações interpostas nos termos do art. 16 do Decreto nº 7.237, de 2010, o Ministério da Saúde poderá, de ofício, determinar a apuração de indícios de irregularidades ou do descumprimento dos requisitos da certificação.

§ 3º A responsabilidade de supervisionar estende-se aos demais gestores do SUS e ao Sistema Nacional de Auditoria.

CAPÍTULO XI DA PUBLICIDADE E DA TRANSPARÊNCIA

Art. 37. As informações relativas ao processo de certificação, em atendimento ao § 3º do art. 37 e do art. 38 do Decreto nº 7.237, de 2010, estarão disponíveis para consulta pública no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude.

Art. 38. A SAS, por intermédio do DCEBAS-Saúde, comunicará mensalmente ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a relação de entidades cujos requerimentos de concessão ou renovação do CEBAS-Saúde tenham sido deferidos ou indeferidos e as decisões correlacionadas tenham sido publicadas no DOU e no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude.

Art. 39. A entidade isenta na forma da Lei nº 12.101, de 2009, deverá manter, em local visível ao público, placa indicativa contendo informações sobre a sua condição de beneficente na área de saúde, de acordo com modelo constante no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude.

CAPÍTULO XII DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 40. A entidade certificada até o dia imediatamente anterior ao da publicação da Lei nº 12.101, de 2009, poderá requerer a renovação do Certificado até a data de sua validade.

Art. 41. A entidade que protocolizar o requerimento de concessão ou renovação da certificação após a entrada em vigor da Lei nº 12.101, de 2009, poderá, se necessário, complementar a documentação até 20 de janeiro de 2011.

Art. 42. A entidade que protocolizar o requerimento de concessão ou renovação do CEBAS-Saúde entre a data da publicação da Lei nº 12.101/2009 e o dia 31 de dezembro de 2011, poderá apresentar, como instrumento congênere, requerido no art. 18 do Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010 e suas alterações, atestado de regularidade de serviços prestados ao SUS firmado pelo gestor local do SUS ou Resolução da CIB, conforme modelo constante do Anexo IX.

§ 1º O documento de que trata o caput deste artigo deverá atestar que a entidade presta regularmente serviços ao SUS, o período dessa prestação e que a entidade tem percebido a respectiva remuneração pelos serviços prestados, ficando dispensada, nesse caso, a apresentação da cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS e do atestado de cumprimento das metas mencionadas no § 2º do art. 6º desta Portaria.

§ 2º Para o requerimento de concessão ou renovação do CEBAS-Saúde protocolizados a partir de 01 de janeiro de 2012, será exigido, conforme o caso, os instrumentos definidos na Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010.

Art. 43. Na hipótese da ausência de pactos e parcerias definidos nos incisos II, III, V e VI do art. 7º desta Portaria, firmado entre o gestor do SUS e a entidade, relativo ao exercício de 2010 e anteriores, a aplicação do percentual da receita bruta em gratuidade será comprovado por meio das demonstrações contábeis.

Art. 44. A comprovação do atendimento aos critérios estabelecidos nos incisos II e III do art. 4º da Lei nº 12.101, de 2009 será:

I - para os exercícios fiscais de 2009 e anteriores, demonstrados nos relatórios anuais de atividades e considerados, unicamente, os percentuais correspondentes às internações hospitalares, conforme estabelecido no § 5º do art. 19 do Decreto nº 7.300, de 2010; ou II - para o exercício fiscal de 2010, os atendimentos ambulatoriais e as internações hospitalares realizadas serão demonstrados na forma estabelecida nos Anexos X e XI, respectivamente, e valorados conforme art. 18 desta Portaria.

Art. 45. Fica assegurado às entidades interessadas o fornecimento de cópias dos protocolos, que poderão ser obtidas no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude, sem prejuízo da validade de certidão eventualmente expedida pelo Conselho Nacional de Assistência Social, referente aos requerimentos de renovação redistribuídos nos termos do art. 35 da Lei nº 12.101, de 2009.

Art. 46. A análise dos processos nos termos da legislação anterior, por força dos arts. 34 e 35 da Lei nº 12.101, de 2009 serão precedidos da verificação do enquadramento da entidade segundo o critério de preponderância, com base nos documentos indicados no § 2º do art. 10 do Decreto n.º 7.237, de 2010.

Art. 47. Aos requerimentos de renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, julgados nos termos da legislação em vigor à época de seu protocolo e cuja decisão for pelo indeferimento, caberá recurso na forma estabelecida no Capítulo IX desta Portaria.

Parágrafo único. Fica a entidade obrigada a oferecer todas as informações necessárias à análise do requerimento, nos termos do art. 60 da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e desta Portaria.

Art. 48. Às representações ainda não julgadas até a data de publicação da Lei nº 12.101, de 2009 em face da renovação do Certificado, cuja decisão for pelo indeferimento, caberá recurso na forma estabelecida no Capítulo IX desta Portaria, com efeito suspensivo.

Art. 49. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO

Atenção: É obrigatório, no que couber, o preenchimento de todas as informações solicitadas.

Senhor(a) Secretário(a) de Atenção à Saúde

Esplanada dos Ministérios - Bloco G, edifício-sede, 9º andar

70 058-900 BRASÍLIA - DF

A (nome da instituição), inscrita no CNPJ sob o nº _____ e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº _____, representada por _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____, localizada na Av. / Rua _____ nº _____,

bairro, no Município _____, do Estado _____, CEP _____, telefone, _____ fax, _____ e-mail _____, vem REQUERER a Vossa Senhoria, com base na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, no Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010, no Decreto nº 7.300, de 14 de setembro de 2010, e na Portaria nº 3.355/GM de 4 de novembro de 2010.

() Concessão de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na área da saúde; ou

() Renovação de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na área da saúde.

Para tanto, assinala, no quadro abaixo, a forma pela qual pretende comprovar sua condição de Entidade Beneficente para fins de Certificação. (Deverá ser assinalada uma única situação).

() a - pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento).

() b - pela prestação anual de serviços ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento), complementado por aplicação de percentual de sua receita bruta em gratuidade, no seguinte percentual:

b.1. 20% (vinte) por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for inferior a 30% (trinta por cento);

b.2. 10% (dez) por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a 30 (trinta) e inferior a 50% (cinquenta) por cento;

ou

b.3. 5% (cinco) por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a 50% (cinquenta) por cento ou se completar o quantitativo das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais, com atendimentos gratuitos devidamente informados de acordo com o disposto no art. 5º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2010, não financiados pelo SUS ou por qualquer outra fonte;

() c - pela aplicação do percentual de 20% (vinte) por cento de sua receita bruta em gratuidade, cujos serviços de saúde não foram objeto de contratação pelo gestor do SUS.

() d - pela realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, complementados ou não pela prestação de serviços ambulatoriais e/ou de internação hospitalar.

() e - pelo estabelecimento de parcerias, e

() f - pela aplicação do percentual de 20% (vinte) por cento do valor total das isenções usufruídas em prestação de serviços gratuitos a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme art. 110 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010.

Apresenta todos os documentos relacionados no item 1 do Quadro I, anexo, e os constantes do item 2 do mesmo quadro, conforme a condição assinalada acima.

Declara estar ciente das normas e exigências fixadas na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, no Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010, e suas alterações e na Portaria nº 3.355/GM de 4 de novembro de 2010.

Cidade / UF Data

Assinatura

Atenção:

Se a entidade requerente for mantenedora de outro(s) estabelecimento(s) deverá prestar as informações constantes do Quadro II, anexo.

Se a entidade requerente for gestora de outro estabelecimento por força de contrato de gestão, deverá prestar as informações referente ao(s) estabelecimento(s) sob sua gestão constante do Quadro III, anexo.

Se a entidade requerente mantém parceria deverá prestar as informações constantes do Quadro IV.

Se a entidade atua em mais de uma das áreas previstas na Lei nº 12.101/2009 deverá comprovar sua condição de beneficente instruindo o requerimento com os documentos estabelecidos no Decreto nº 7.237/2010, necessários para certificação em cada uma das áreas de atuação da entidade e, especificamente, no que se refere à área da saúde, com os documentos correspondentes à forma de comprovação assinalada acima.

Quadro I

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

1. Documentos comprobatórios de apresentação obrigatória por todas as entidades requerentes do CEBAS-Saúde	
<input type="checkbox"/>	Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ.
<input type="checkbox"/>	Cópia da ata de eleição dos dirigentes da entidade e do instrumento comprobatório e quando for o caso, instrumento comprobatório de representação legal
<input type="checkbox"/>	Cópia do ato constitutivo da entidade, devidamente registrada, que demonstre o cumprimento dos requisitos estabelecidos no art. 3º da Lei nº 12.101/2009.
<input type="checkbox"/>	Relatório Anual de Atividades desempenhadas, assinado pelo representante legal da entidade.
2. Documentos comprobatórios adicionais, de acordo com a forma que pretende comprovar sua condição de Entidade Beneficente para fins de Certificação, assinalada no requerimento.	
a. A entidade pretende comprovar sua condição de beneficente pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento): situação prevista no item "a" do requerimento.	

<input type="checkbox"/>	Cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60 % (sessenta por cento).
<input type="checkbox"/>	Cópia do convênio ou instrumento congênere firmado com o gestor local do SUS.
<input type="checkbox"/>	Atestado fornecido pelo gestor local do SUS, ou Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou parecer da comissão de acompanhamento sobre o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas de internação ou de atendimentos ambulatoriais.
<input type="checkbox"/>	Atestado fornecido pelo gestor do SUS ou Resolução da CIB de redução do período mínimo de cumprimento dos requisitos de que trata o § 2º do art. 3º do Decreto n.º 7.237, de 20 de julho de 2010.
<input type="checkbox"/>	Contrato de gestão, se for o caso. <input type="checkbox"/>
b. A entidade pretende comprovar sua condição de beneficente pela prestação anual de serviços ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento), complementado por aplicação de percentual de sua receita bruta em gratuidade: situação prevista no item "b" do	

requerimento.	
	<input type="checkbox"/> Todos os documentos previstos no item 2 - a
	<input type="checkbox"/> Atestado do gestor local do SUS sobre a falta de demanda, se for o caso.
	<input type="checkbox"/> Atestado do gestor local do SUS sobre os resultados obtidos mediante pacto estabelecido para prestação de serviços resultantes da aplicação de percentual da receita bruta em gratuidade.
	<input type="checkbox"/> Demonstrativo contábil e notas explicativas que comprovem a aplicação dos percentuais exigidos nos incisos I a III do art. 8º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009
c. A entidade pretende comprovar sua condição de beneficente pela aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) de sua receita bruta	
em gratuidade, cujos serviços de saúde não foram objeto de contratação pelo gestor do SUS: situação prevista no item "c" do	
requerimento.	
	<input type="checkbox"/> Demonstrativo contábil e notas explicativas que comprovem o valor da receita bruta e a aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) dessa receita em gratuidade estabelecidos no art. 8º da Lei acima referida;
	<input type="checkbox"/> Atestado do gestor local do SUS sobre os resultados obtidos mediante pacto estabelecido para prestação de serviços resultante da aplicação de 20% da receita bruta em gratuidade.
d. A entidade pretende comprovar sua condição de beneficente pela realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, complementados ou não pela prestação de serviços ambulatoriais e/ou de internação hospitalar: situação prevista no item "d" do	
requerimento.	
	<input type="checkbox"/> Portaria de habilitação para apresentação de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, emitida pelo Ministério da Saúde.
	<input type="checkbox"/> Cópia do Termo de Ajuste ou Convênio celebrado com o Ministério da Saúde e dos respectivos termos aditivos, se existentes.
	<input type="checkbox"/> Demonstrações contábeis e financeiras e notas explicativas, conforme definido na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, no Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010, e suas alterações e na Portaria nº 3.355 /GM, de 4 de novembro de 2010.
	<input type="checkbox"/> Documento que evidencie a aprovação dos relatórios anuais do Termo de Ajuste ou Convênio e respectivos Termos Aditivos, se existentes, conforme estabelecido em portaria específica do Ministério da Saúde.
	<input type="checkbox"/> Atestado fornecido pelo gestor local do SUS sobre os resultados obtidos, de acordo com o definido no § 4º do art. 11 da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.
	<input type="checkbox"/> Resumo da Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social.
e. A entidade pretende comprovar sua condição de beneficente pelo estabelecimento de parcerias: situação prevista no item "e" do	
requerimento.	
	<input type="checkbox"/> Documento formal de estabelecimento da(s) parceria(s) firmadas pelos responsáveis legais das respectivas entidades envolvidas com a interveniência do gestor local do SUS.
	<input type="checkbox"/> Atestado do gestor local do SUS sobre os resultados obtidos mediante parcerias.
	<input type="checkbox"/> Demonstrativo contábil e notas explicativas que comprovem o valor da receita bruta e a aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) nas ações de saúde.
f. A entidade pretende comprovar sua condição de beneficente pela aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) do valor total das isenções usufruídas em prestação de serviços gratuitos a usuários do Sistema Único de	

Saúde (SUS), conforme art. 110 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010: situação prevista no item "f" do requerimento.

<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>) Demonstrativo contábil e notas explicativas que comprovem o valor da receita bruta e a aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) do valor total das isenções em prestação de serviços gratuitos aos usuários do SUS.
<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>) Atestado do gestor local do SUS sobre o cumprimento das metas e resultados ajustados no pacto firmado com o gestor local do SUS, previsto no § 1º do art. 1º do Decreto 7.300, 14 de setembro de 2010.
<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>) Guias de Recolhimento de FGTS e Informações para a Previdência Social - GFIPS, apresentadas pela entidade à RFB
<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>) Comprovante do estabelecimento de prestação de serviços assistenciais de saúde não remunerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes, em Norma Coletiva de Trabalho.

Quadro II
ESTABELECIMENTOS COM A MESMA PERSONALIDADE JURÍDICA MANTIDOS PELA REQUERENTE.
(Se houver)

01 - Nome da instituição:		
02 - Endereço da instituição (rua, avenida, número):		
03 - Bairro:	04 - Município:	05 - UF:
06 - CEP:	07 - Caixa Postal:	08 - DDD - Telefone:
09 - FAX:	10 - E-mail:	

Observação:

Consideram-se estabelecimentos mantidos as instituições cuja extensão do CNPJ seja a mesma da entidade mantenedora, modificado apenas pelo nº sequencial após a barra. Exemplo: CNPJ da Entidade Mantenedora: 99.999.824/0001-54 - CNPJ de Estabelecimento Mantido: 99.999.824/0002-28.

Caso não possua estabelecimento mantido, deverá registrar a observação:

"Não é mantenedora de outro estabelecimento com atuação na área da saúde, educação e/ou assistência social"

Caso os espaços acima não sejam suficientes, apresentar relação, em separado, para cada uma das situações, contendo as mesmas informações dos quadros anteriores.

Quadro III
ENTIDADES NAS QUAIS A ENTIDADE REQUERENTE ATUA MEDIANTE CONTRATO DE GESTÃO (Informação da entidade sob gestão)

01 - Nome da instituição:		
02 - Endereço da instituição (rua, avenida, número):		
03 - Bairro:	04 - Município:	05 - UF:
06 - CEP:	07 - Caixa Postal:	08 - DDD - Telefone:
09 - fax:	10 - E-mail:	

Observação: caso os espaços acima não sejam suficientes, apresentar relação, em separado, para cada uma das situações, contendo as mesmas informações dos quadros.

Quadro IV
RELACIONAR A(S) ENTIDADE(S) COM A(S) QUAL(IS) ENTIDADE REQUERENTE MANTEM PARCERIA, DESDE QUE ESTAS (as parceiras) SEJAM ENTIDADES PRIVADAS, SEM FINS LUCRATIVOS (Se houver.)

01 - Nome da instituição:		
02 - Endereço da instituição (rua, avenida, número):		
03 - Bairro:	04 - Município:	05 - UF:
06 - CEP:	07 - Caixa Postal:	08 - DDD - Telefone:
09 - fax:	10 - E-mail:	

Observação: caso os espaços acima não sejam suficientes, apresentar relação, em separado, para cada uma das situações, con- tendo as mesmas informações dos quadros acima.

ANEXO II

ATESTADO DE CUMPRIMENTO DAS METAS

ATESTO, para fins de instrução de processo de concessão ou renovação de CEBAS-Saúde, que a(nome da instituição), com sede(endereço) na cidade de(nome do Município), Estado(UF), inscrita no CNPJ n.º, cumpriu, ou demonstrou tendências positivas, no período de de de a de de, as metas quantitativas e qualitativas de internação ou de atendimentos ambulatoriais estabelecidos no convênio ou instrumento congênere n.º, celebrado em de..... de de de de (assinatura e carimbo do Gestor Local do SUS ou assinatura e carimbo do Coordenador da CIB)

Observações:

- 1 - Para solicitação de certificação originária, o período do atestado deverá considerar o exercício fiscal imediatamente anterior à apresentação do requerimento;
- 2 - Para solicitação de renovação, o período do atestado deverá considerar os 3 (três) exercícios fiscais anteriores à apresentação do requerimento;
- 3 - No caso de o atestado ser assinado pelo Coordenador da CIB, o documento deverá fazer menção ao n.º e à data da Resolução da CIB que o aprovou, anexando cópia desta;
- 4 -No caso de apresentação de parecer emitido pela comissão de acompanhamento, este deverá substituir o atestado mantendo, obrigatoriamente, as mesmas informações acima constantes, assinado por todos os integrantes da comissão, conforme designação em ato próprio do Gestor Local do SUS. O parecer deverá ser acompanhado do ato que instituiu a referida comissão com indicação nominal de seus componentes.

ANEXO III

ATESTADO DE NECESSIDADE DE REDUÇÃO DO PERÍODO MÍNIMO

ATESTO, para fins de instrução de processo de concessão ou renovação de CEBAS-Saúde, a necessidade de redução do período mínimo de cumprimento dos requisitos de que trata o § 2.º do art. 3º do Decreto n.º 7.237, de 20 de julho de 2010, para meses e que a (nome da instituição), com sede(endereço) na cidade de(nome do Município), Estado(UF), inscrita no CNPJ n.º, é prestadora de serviços ao SUS, conforme convênio ou instrumento congênere, n.º, celebrado em, de....., de de de

.....(assinatura e carimbo do Gestor Local do SUS) (qualificação de quem assina)

ANEXO IV

ATESTADO DE FALTA DE DEMANDA PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O SUS

ATESTO, para fins de instrução de processo de concessão ou renovação de CEBAS-Saúde, a falta de demanda para contratação da totalidade dos serviços ofertados pela (nome da instituição), com sede(endereço) na cidade de(nome do Município), Estado(UF), inscrita no CNPJ n.º, de forma a atingir o percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), conforme disposto no art. 8 da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. de de

.....(assinatura e carimbo do Gestor Local do SUS) (qualificação de quem assina)

ANEXO V

ATESTADO DOS RESULTADOS OBTIDOS MEDIANTE PACTO ESTABELECIDO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS GRATUITOS

ATESTADO, para fins de instrução de processo de concessão ou renovação de CEBAS-Saúde, que o pacto estabelecido entre a (nome da instituição), com sede(endereço) na cidade de(nome do Município), Estado(UF), inscrita no CNPJ n.º

....., e esta Secretaria de Saúde, com o objetivo de prestar atendimento ambulatorial e/ou de internação hospitalar, obtiveram os resultados pactuados.

..... de de

(assinatura e carimbo do Gestor Local do SUS)

(qualificação de quem assina)

ANEXO VI

ATESTADO DOS RESULTADOS OBTIDOS MEDIANTE PACTO ESTABELECIDO PARA COMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES RELATIVAS AOS PROJETOS DE APOIO

ATESTADO, para fins de instrução de processo de concessão ou renovação de CEBAS-Saúde, que o pacto estabelecido entre a (nome da instituição), com sede(endereço) na cidade de(nome do Município), Estado(UF), inscrita no CNPJ n.º

....., e esta Secretaria de Saúde, com o objetivo de prestar atendimento ambulatorial e/ou de internação hospitalar, em complementação às atividades relativas aos projetos de apoio, obtiveram os resultados pactuados.

..... de de

(assinatura e carimbo do Gestor Local do SUS)

ANEXO VII

ATESTADO DOS RESULTADOS OBTIDOS POR PARCERIA ESTABELECIDO PARA POTENCIALIZAR AS AÇÕES DE SAÚDE EM ATENDIMENTO GRATUITO

ATESTADO, para fins de instrução de processo de concessão ou renovação de CEBAS-Saúde, que a parceria estabelecida entre a (nome da instituição), com sede(endereço) na cidade de(nome do Município), Estado(UF), inscrita no CNPJ n.º, e esta Secretaria de Saúde, com o objetivo de potencializar as ações de promoção e proteção à saúde obtiveram os resultados previstos frente às metas estabelecidas conforme pactuado. de de

.....

(assinatura e carimbo do Gestor Local do SUS)

(qualificação de quem assina)

ANEXO VIII

METODOLOGIA DE CÁLCULO DO SOMATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADOS POR ENTIDADE DE SAÚDE E DE VERIFICAÇÃO DO PERCENTUAL DE SERVIÇOS PRESTADOS AO SUS

I - ENUNCIADOS, CONCEITOS GERAIS E CONVERSÕES

1 - Paciente-Dia: unidade de medida de permanência hospitalar, SUS e não SUS, de um paciente de 24 horas na internação hospitalar, em qualquer unidade - enfermaria, quarto semiprivativo, privativo, ou unidade de cuidados intensivos.

1.1 - Número de Pacientes-Dia/ano SUS: é o somatório da permanência hospitalar verificada nas internações realizadas de pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) no período de 12 meses relativos ao exercício fiscal anterior ao do requerimento de certificação.

1.2 - Número de Pacientes-Dia/ano não SUS: é o somatório da permanência hospitalar verificada nas internações realizadas de pacientes não usuários do Sistema Único de Saúde (não SUS) e registradas na Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) no período de 12 meses relativos ao exercício fiscal anterior ao do requerimento de certificação.

2 - Valor Médio de Paciente-Dia SUS (VMPDSUS): valor médio, em reais, correspondente a 24 horas de internação relacionado ao valor total das internações hospitalares realizadas pelo SUS em determinado período. Esse valor será individualizado por hospital levando em consideração o valor total das internações, registradas no SIH, realizadas no período de 12 meses relativos ao exercício fiscal anterior ao do requerimento de certificação e o número total dos pacientes-dia SUS apurados nessas internações. O cálculo será realizado mediante a divisão do valor total do faturamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pelo número de pacientes-dia SUS relacionados às internações realizadas e registradas no mesmo período e sistema. Para os cálculos objeto deste Anexo, o número a ser utilizado será valor obtido desprezada a unidade monetária.

VMPDSUS= Valor total do faturamento da AIH /ano nº de pacientes-dia /ano SUS

3 - Número de Atendimentos Ambulatoriais/ano: conjunto de consultas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados no nível ambulatorial no período de 12 meses relativos ao exercício fiscal anterior ao do requerimento de certificação. Pela diversidade de procedimentos realizados no nível ambulatorial e para permitir seu somatório, os atendimentos ambulatoriais/ano serão expressos pelo valor total, em reais, de seu faturamento no período estabelecido. Para os cálculos objeto deste Anexo, o número a ser utilizado será o valor obtido desprezada a unidade monetária. O valor será calculado conforme segue:

3.1 - Número de Atendimentos Ambulatoriais/ano SUS: valor total do faturamento dos procedimentos ambulatoriais realizados para usuários do SUS no período estabelecido e registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); e

3.2 - Número de Atendimentos Ambulatoriais/ano não SUS:

valor total do "faturamento" (não gerador de crédito) dos procedimentos ambulatoriais realizados para usuários não SUS atribuindo-se a cada um deles o valor correspondente ao constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, registrados no SIA no período estabelecido.

Observação:

Para o exercício de 2010, o número de Atendimentos Ambulatoriais/ano não SUS será calculado por meio do valor total do "faturamento" (não gerador de crédito) dos procedimentos ambulatoriais realizados para usuários não SUS atribuindo-se a cada um deles o valor médio do subgrupo a que pertencer (vide Anexo X a esta Portaria), verificado no faturamento SUS desses mesmos procedimentos ambulatoriais realizados pela entidade. Na hipótese de a entidade ter realizado um dos subgrupos de procedimentos para usuários não SUS e não tê-lo realizado para usuários SUS, o valor a ser atribuído será o valor médio nacional (referente ao ano de 2009) do subgrupo correspondente apresentado por todas as entidades filantrópicas.

4 - Unidade de Referência de Produção de Serviços: tendo em vista a necessidade de se estabelecer a totalidade dos serviços prestados por determinada entidade, fruto do somatório de todas as internações hospitalares SUS e não SUS e dos atendimentos ambulatoriais SUS e não SUS por ela realizados em determinado período, e o fato de esses serviços serem expressos em unidades diferentes, é criada a Unidade de Referência de Produção de Serviços (URPS).

A URPS é uma unidade de medida que, mediante critérios de conversão e ponderação aqui estabelecidos, unifica as unidades de medida das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais, permitindo o seu somatório e a expressão da totalidade dos serviços prestados pela entidade. As URPS são relacionadas às internações hospitalares SUS (URPSiSUS); às internações hospitalares não SUS (URPSiñSUS); aos atendimentos ambulatoriais SUS (URPSaSUS) e aos atendimentos ambulatoriais não SUS (URPSañSUS).

4.1 - Forma de Conversão:

4.1.1 - Na Internação Hospitalar:

4.1.1.1 - Na internação hospitalar SUS: o número de Pacientes-Dia SUS será convertido em URPS conforme segue:

1 Paciente-Dia em UTI Geral do tipo II ou III = 1,1 URPS

1 Paciente-Dia em UTI Pediátrica do tipo II ou III = 1,15 URPS

1 Paciente-Dia em UTI Neonatal do tipo II ou III = 1,25 URPS

1 Paciente-Dia em UTI/Queimados = 1,20 URPS

1 Paciente-Dia em qualquer outra instalação de internação hospitalar que não as acima = 1,0 URPS

4.1.1.2 - Na internação hospitalar não SUS: o número de Pacientes-Dia não SUS será convertido em URPS na razão de 1 URPS para cada paciente-dia em qualquer instalação de internação hospitalar.

4.1.2 - No ambulatório: o número de Atendimentos Ambulatoriais/ano SUS e não SUS será convertido na razão de 1 Atendimento

Ambulatorial/Ano = 1 URPS, adotando-se sobre o total de URPS obtido o fator de ponderação definido na Fórmula constante do item II deste Anexo.

II - FÓRMULA DE CÁLCULO DO SOMATÓRIO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES E ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

1 - Total de serviços prestados em URPS: o total dos serviços prestados pela entidade de saúde será estabelecido com base no somatório das internações realizadas, SUS e não SUS, e dos atendimentos ambulatoriais, SUS e não SUS, segundo os enunciados, conceitos gerais e conversões estabelecidos no item I deste Anexo, aplicando-se a fórmula abaixo expressa:

Total de Serviços Prestados em URPS = (URPSiSUS + URPSaSUS) + (URPSiñSUS + URPSañSUS)

Onde:

1.1 - Na internação hospitalar:

1.1.1 - Número de URPSiSUS = Número de Pacientes-Dia/ano SUS

1.1.2 - Número de URPSiñSUS = Número de Pacientes-Dia/ano não SUS

1.2 - No ambulatório:

1.2.1 - Número de URPSaSUS = Faturamento total SIA/ano Valor Médio de Paciente-Dia SUS

Sobre o número URPSaSUS obtido mediante a aplicação dessa fórmula, será aplicado fator de ponderação conforme segue:

a) se verificado que a entidade realizou, no exercício imediatamente anterior ao da apresentação do requerimento de certificação, número menor de Pacientes-dia/ano SUS do que a média verificada nos últimos 3 (três) exercícios anteriores ao em exame, será aplicado o fator de ponderação de 10 % (dez) por cento, conforme segue:

O número de URPSaSUS que poderá ser transportado para a fórmula de obtenção do Total de Serviços Prestados enunciada no item 1 será, no máximo, igual ou menor, ao equivalente a 10% (dez) por cento do número apurado de URPSiSUS conforme estabelecido no item 1.1.1;

b) se verificado que a entidade realizou, no exercício imediatamente anterior ao da apresentação do requerimento de certificação, número igual ou maior de Pacientes-dia/ano SUS do que a média verificada nos últimos 3 (três) exercícios anteriores ao em exame, será aplicado o fator de ponderação de 15 % (quinze) por cento, conforme segue:

O número de URPSaSUS que poderá ser transportado para a fórmula de obtenção do Total de Serviços Prestados acima enunciada será, no máximo, igual ou menor, ao equivalente a 15% (quinze) por cento do número apurado de URPSiSUS, conforme estabelecido no item 1.1.1.

1.2.2- Número de URPSaÑSUS = "Faturamento" não SUS - SIA/ano Valor Médio de Paciente-Dia SUS
Sobre o número de URPSaÑSUS obtido mediante a aplicação dessa fórmula, será aplicado fator de ponderação de 10% (dez) por cento ou seja, o número de URPSaÑSUS que poderá ser transportado para a fórmula de obtenção do Total de Serviços Prestados enunciada no item 1 será, no máximo, igual ou menor ao equivalente a 10% (dez) por cento do número apurado de URPSiÑSUS, conforme estabelecido no item 1.1.2 acima.

III - FÓRMULA DE CÁLCULO DO SOMATÓRIO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES E ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS PARA AQUELAS ENTIDADES QUE TENHAM, SOB SUA GESTÃO, OUTRA(S) ENTIDADE(S) DE SAÚDE

1 - Total de serviços prestados em URPS:

1.1- Entidade de Saúde Gestora: o total dos serviços prestados pela entidade gestora será calculado utilizando-se a mesma metodologia estabelecida no item II deste Anexo, expressa pela seguinte fórmula:

Total de Serviços Prestados pela entidade gestora em URPS = (URPSiSUS entidade gestora + URPSaSUS entidade gestora) + (URPSiÑSUS entidade gestora + URPSaÑSUS entidade gestora)

1.2 - Entidade sob Gestão: o total dos serviços prestados pela entidade sob gestão será calculado utilizando-se a mesma metodologia estabelecida no item II deste Anexo levando em conta os serviços prestados ao SUS, expressa pela seguinte fórmula:

Total de Serviços Prestados pela entidade sob gestão em URPS = (URPSiSUS entidade sob gestão + URPSaSUS entidade sob gestão)

Se houver mais de uma entidade sob gestão, o total de serviços prestados por cada uma delas deverá ser somado ao total de serviços prestados pelas demais de forma a obter o total geral dos serviços prestados pelas unidades sob gestão, de acordo com a seguinte fórmula:

Total Geral de serviços Prestados pelas entidades sob gestão em URPS = (Total de serviços prestados pela entidade sob gestão 1 + Total de serviços prestados pela entidade sob gestão 2 + Total de serviços prestados pela entidade sob gestão 3 +.....)

IV - FÓRMULA DE CÁLCULO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AO SUS POR ENTIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS EXCLUSIVAMENTE NA ÁREA AMBULATORIAL

O total dos serviços prestados pelas entidades de saúde será estabelecido com base nos atendimentos ambulatoriais, SUS e não SUS, segundo os enunciados, conceitos gerais descritos nos subitens 3.1 e 3.2 do item I deste Anexo, aplicando-se a fórmula abaixo expressa:

Total de Serviços Prestados = total do faturamento ambulatorial SUS + total do "faturamento" não SUS - SIA/ano

V - FORMA DE OBTENÇÃO DO PERCENTUAL DE SERVIÇOS PRESTADOS AO SUS

1 - O percentual de serviços prestados ao SUS será calculado pela aplicação da seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{URPSiSUS} + \text{URPSaSUS}) \times 100}{(\text{URPSiSUS} + \text{URPSaSUS}) + (\text{URPSiÑSUS} + \text{URPSaÑSUS})} = \text{Percentual SUS}$$

2 - A entidade de saúde que tenha sob sua gestão outra(s) entidade(s) de saúde na forma estabelecida no inciso III do art. 19 desta Portaria terá seu percentual de serviços prestados ao SUS calculado pela aplicação da seguinte fórmula:

$[(URPSiSUS \text{ entidade gestora} + URPSaSUS \text{ entidade gestora}) + (\text{Total Geral dos serviços prestados pelas entidades sob gestão})] \times 100 = \text{Percentual SUS} [(URPSiSUS \text{ entidade gestora} + URPSaSUS \text{ entidade gestora}) + (URPSiñSUS \text{ entidade gestora} + URPSañSUS \text{ entidade gestora})]$

Onde: o Total Geral dos serviços prestados pelas entidades sob gestão a ser transportado para a fórmula acima poderá ser no máximo, igual ou menor, que o correspondente a 10% do total de serviços prestados pela entidade gestora (URPSiSUS entidade gestora + URPSaSUS entidade gestora) + URPSiñSUS entidade gestora + URPSañSUS entidade gestora)

3 - A entidade de saúde que presta serviços exclusivamente na área ambulatorial terá seu percentual de serviços prestados ao SUS calculado pela aplicação da seguinte fórmula:

$\text{total do faturamento ambulatorial SUS} \times 100 = \text{Percentual SUS} \frac{\text{total do faturamento ambulatorial SUS}}{\text{total do faturamento ambulatorial SUS} + \text{total do "faturamento" não SUS - SIA/ano}}$

Onde: total do faturamento ambulatorial SUS + total do "faturamento" não SUS - SIA/ano será calculado conforme estabelecido no item IV deste Anexo.

ANEXO IX

ATESTADO DE REGULARIDADE DE SERVIÇO PRESTADO AO SUS

ATESTO, para fins de instrução de processo de concessão ou renovação de CEBAS-Saúde, que a(nome da instituição), com sede(endereço) na cidade de(nome do Município), Estado(UF), inscrita no CNPJ n.º, prestou regularmente serviços ao SUS, no período de de de a de de, e que percebeu a respectiva remuneração pelos serviços prestados.

....., de de

(assinatura e carimbo do Gestor Local do SUS ou assinatura e carimbo do Coordenador da CIB)

Observações:

1 - Para solicitação de certificação originária o período do atestado deverá considerar o exercício fiscal imediatamente anterior à apresentação do requerimento .

2 - Para solicitação de renovação, o período do atestado deverá considerar os 3 (três) exercícios fiscais anterior à apresentação do requerimento.

3 - No caso de o atestado ser assinado pelo Coordenador da CIB, o documento deverá fazer menção ao número e à data da Resolução da CIB que o aprovou, anexando cópia desta.

ANEXO X

QUADRO DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS NÃO SUS NO ANO DE 2010

CÓDIGO GRUPO	DESCRIÇÃO DO GRUPO	DESCRIÇÃO SUBGRUPO	Nº DE ATENDIMENTO	VALOR MÉDIO NACIONAL*
01	Ações de promoção e prevenção em saúde	Ações coletivas/individuais em saúde		R\$ 0,87
02	Procedimentos com finalidade diagnóstica	Coleta de material		R\$ 4,99
		Diagnóstico em laboratório clínico		R\$ 4,74
		Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia		R\$ 11,58
		Diagnóstico por radiologia		R\$ 10,93
		Diagnóstico por ultrassonografia		R\$ 28,84

		Diagnóstico por tomografia		R\$ 112,25
		Diagnóstico por ressonância magnética		R\$ 268,82
		Diagnóstico por medicina nuclear in vivo		R\$ 257,42
		Diagnóstico por endoscopia		R\$ 53,20
		Diagnóstico por radiologia intervencionista		R\$ 226,18
		Métodos diagnósticos em especialidades		R\$ 19,74
		Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia		R\$ 29,43
		Diagnóstico por teste rápido		R\$ 0,05
03	Procedimentos clínicos	Consultas / atendimentos / acompanhamentos		R\$ 8,76
		Fisioterapia		R\$ 5,16
		Tratamentos clínicos (outras especialidades)		R\$ 36,13
		Tratamento em oncologia		R\$ 128,71
		Tratamento em nefrologia		R\$ 144,63
		Hemoterapia		R\$ 17,17
		Tratamentos odontológicos		R\$ 1,74
		Terapias especializadas		R\$ 124,61
04	Procedimentos cirúrgicos	Cirurgias ambulatoriais (outras)		R\$ 12,87
		Cirurgia do aparelho da visão		R\$ 255,99
		Cirurgia em nefrologia		R\$ 131,10

05	Transplantes de órgãos, tecidos e células	Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante		R\$ 213,28
		Ações relacionadas à doação de órgãos, tecidos e células		R\$ 186,73
		Processamento de tecidos para transplante		R\$ 223,00
		Transplante de órgãos, tecidos e células		R\$ 927,04
		Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante		R\$ 132,65
Total geral				

*Refere-se ao valor médio nacional registrado no SIA/SUS, referente ao ano de 2009, do subgrupo correspondente apresentado por todas as entidades filantrópicas.

Observação: preencher apenas para o exercício fiscal de 2010 em observação ao art.44 da Portaria nº 3.355/GM de 4 de novembro de 2010.

ANEXO XI

QUADRO DEMONSTRATIVO DE INTERNAÇÕES NÃO SUS

DESCRIÇÃO DA INTERNAÇÃO	Nº DE INTERNAÇÃO	PERMANÊNCIA
INTERNAÇÃO GERAL		

Observação: preencher apenas para o exercício fiscal de 2010 em observação ao art.44 da Portaria 3.355/GM de 4 de novembro de 2010.