

Caminhos para a **Certificação**

2º edição
Revista, ampliada e atualizada

CEBAS
SAÚDE





Caminhos para a **Certificação**

Presidente da República:

Jair Messias Bolsonaro

Ministro:

Luiz Henrique Mandetta

Secretário de Atenção Especializada à Saúde:

Francisco de Assis Figueiredo

**Direção - Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de
Assistência Social em Saúde:**

Maria Victória Paiva



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social
em Saúde



2º Edição
Brasília/ DF
2019

© 2019 Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

2ª edição – 2019

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G – 4º andar – Edifício Sede.

CEP: 70.058-900 – Brasília – DF.

Telefones: (61) 3315-6102 – Protocolo - DIGEX

(61) 3315-6108 - Gabinete

(61) 3315-6110 - CGAGIC

(61) 3315-6111 - CGCER

Site: <<http://www.saude.gov.br/cebas-saude>>

Sistema Informatizado: <<http://siscebas.saude.gov.br/siscebas/>>

E-mail: <cebas.saude@saude.gov.br>

< siscebas@saude.gov.br >

< cebas.supervisao@saude.gov.br >

Elaboração:

Carla Coêlho Pereira da Costa

Colaboração:

Adriana Lustosa Eloi Vieira

Brunno Ferreira Carrijo

Maria Victória Paiva

Silvana Siqueira Santos Penatti

Capa:

Carla Coêlho Pereira da Costa

Revisão:

Maria Victória Paiva

Silvana Siqueira Santos Penatti

Projeto gráfico:

Carla Coêlho Pereira da Costa

Diagramação:

Os quadros, figuras, e tabelas constantes na obra são de autoria do DCEBAS/SAES/MS.

Fotos:

DCEBAS/SAES/MS

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde.

O caminho para a certificação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 81 p.

1. Entidades Filantrópicas. 2. Entidades Benéficas. 3. Certificação. I. Título.

Títulos para indexação:

Em inglês: The path to certification

Em espanhol: El camino a la certificación

Sumário

APRESENTAÇÃO	09
1 INTRODUÇÃO	11
2 LEGISLAÇÃO	13
3 INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O CEBAS	15
3.1. O que é o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS	15
3.2. Quais são os benefícios que podem ser usufruídos pelas entidades	15
3.3. Quem pode ter o CEBAS concedido	16
3.4. Onde solicitar o CEBAS	16
3.5. O que é atividade preponderante	16
3.6. Qual a função do DCEBAS na área da Saúde	16
3.7. Qual é a importância da Certificação na área da Saúde	17
4 PROCEDIMENTOS PARA A SOLICITAÇÃO DO CEBAS	19
4.1. O que é o SisCEBAS	19
4.2. Qual é a primeira providência a ser tomada pela entidade que pretende requerer o CEBAS	19
4.3. O cadastramento é obrigatório	20
4.4. Preciso de certificação digital para acessar o SisCEBAS	20
4.5. O SisCEBAS pode ser acessado sem cadastro	20
4.6. Como solicitar o CEBAS	20
4.7. Como encaminhar a documentação pelo SisCEBAS	21
4.8. Qual importância da data de protocolo do requerimento do CEBAS	23
4.9. Qual a diferença entre concessão e renovação	23
4.10. Qual a validade do certificado	23
4.11. Quando se inicia a contagem dos efeitos da decisão dos processos de certificação	24
4.12. Qual o prazo para protocolar a concessão e renovação do CEBAS	24
4.13. O que acontece se a entidade protocolar um processo antes dos 360 dias	25
4.14. Qual efeito da tempestividade do requerimento de CEBAS em um certificado com validade vencida	25
4.15. Que requisitos a entidade deve comprovar para obter o CEBAS	25
4.16. Qual o ano que será analisado para concessão ou renovação do CEBAS	26
4.17. Em quais situações o requerimento do Certificado deve ser protocolado no Ministério da Saúde – MS	26
4.18. Como saber se a atuação preponderante é na Saúde	26
4.19. E quando a entidade atua em mais áreas além da Saúde (Educação e Assistência Social)	26
4.20. A entidade que não atua de forma preponderante na Saúde precisa se cadastrar no SisCEBAS	27
4.21. Por quais formas as entidades podem comprovar sua condição de beneficência para fins da certificação	27
4.22. Onde os processos serão analisados	28

4.23. Qual o prazo para análise dos processos	28
4.24. Como solicitar a prorrogação do prazo para responder a diligência	28
4.25. O que acontece caso a entidade não responda a diligência	29
4.26. Como é publicizado a decisão do CEBAS	29

5 DETALHAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO ENCAMINHADA DO CEBAS

5.1. Documentação que TODAS as entidades devem encaminhar, independente da forma que pretende comprovar sua condição de beneficência para fins da certificação	31
5.2 Documentação que a entidade deve encaminhar de acordo com a forma que pretende comprovar sua condição de beneficência para fins da certificação, além da documentação Geral	32
I - pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento)	32
II - pela prestação anual de serviços prestados ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento) e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade	33
III - pela aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, quando não houver interesse de contratação pelo gestor do SUS	36
IV - pela realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS	38
V - pela condição de beneficente, conforme o disposto no artigo 110 da Lei nº 12.249, de 2010	40
VI - pela prestação de serviços ao SUS de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em conformidade com o artigo nº 7-A da Lei nº 12.101/2009	42
VII - pela atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados, em conformidade com o artigo nº 8-A da Lei nº 12.101, de 2009	43
VIII - pela execução de ações exclusivamente de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade em conformidade com o artigo nº 8-B da Lei nº 12.101, de 2009	45
5.3. O que é o relatório de Atividades	47
5.4. Quais são os sistemas gerenciais utilizados no processo de certificação na área da Saúde	47
5.5. Qual é a importância desses sistemas para a certificação na área da Saúde	47
5.6. Quem é responsável por alimentação dos sistemas do SUS	47
5.7. Como é feita a apuração da prestação anual de serviços do SUS	48
5.8. O que é Paciente-Dia, e como calcular	48
5.9. O que é Número de Atendimentos/procedimentos, e como calcular	49
5.10. Como é feito o cálculo do percentual de prestação de serviços do SUS	49
5.11. Como se calcula o percentual de prestação de serviços do SUS, considerando-se o conjunto de estabelecimentos da entidades	54
5.12. Como se calcula o percentual de prestação de serviços do SUS, considerando-se a média do total de serviços realizados durante todo o período de certificação em curso	60

6 MONITORAMENTO E CONTROLE

6.1. Supervisão	63
6.2. Representação	64
6.3. Denúncia	64
6.4. Cancelamento do CEBAS	65
7 RECURSOS	67
7.1. Contagem do prazo para os recursos	67
7.2. Onde protocolar os recursos	67
7.3. Análise dos recursos	68
8 OUTRAS INFORMAÇÕES	69
8.1. Contabilidade	69
8.2. Placa Indicativa	69
8.3. Publicidade das Informações	70
8.4. Audiências Presenciais	70
8.5. Consultas aos autos e pedido de cópia	70
8.6. Solicitação de Informação ou Declaração de Tempestividade	70
8.7. Lei nº 13.650/2018	70
8.8. BNDES Saúde	71
8.9. FGTS Saúde	72
8.10. Relação do CEBAS entre matriz e filiais	73
8.11. Organograma do Ministério da Saúde	74
8.12 Organograma da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)	75
8.13 Organograma do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS)	76
Agradecimentos	81

Apresentação

Esta cartilha é uma iniciativa do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (DCEBAS/SAES/MS) e foi elaborada com o objetivo de orientar os gestores do SUS e os dirigentes das entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços na área da Saúde para a melhor condução do processo de certificação, em conformidade com a legislação em vigor.

A metodologia utilizada teve a finalidade de expressar de maneira simples e objetiva as orientações necessárias à compreensão do processo de certificação. Para tanto, o documento foi estruturado por meio de perguntas e respostas, apresentando textos explicativos com resumos dos principais conceitos relativos à certificação e com orientações para os dirigentes das entidades e os gestores do SUS.

Esta edição é atualizada de acordo com o disposto nas atualizações da Lei nº 12.101/2009, Lei nº 12.868/2013, Lei nº 13.650/2018, e Portaria de Consolidação GM/MS nº 01, de 28/09/2017, Diário Oficial da União - DOU 03/10/2017 - Suplemento, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, nos artigos nº 140 a 229, que definem os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. Essa edição foi ampliada, trazendo maior detalhamento dos requisitos essenciais para a certificação das entidades beneficentes de assistência social da área de Saúde.

Esperamos que esta cartilha contribua para que os diversos atores envolvidos participem de maneira efetiva, tornando mais claro “o caminho para a certificação”.

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de sua existência vem se consolidando de forma continuada mediante inúmeras estratégias, com a finalidade de proporcionar assistência integral e qualificada com base nas necessidades da população. Neste cenário, as entidades beneficentes de assistência social constituem um importante segmento na oferta de ações e serviços de saúde.

Cabia ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão do Ministério da Cidadania (MC), a Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social, processo pelo qual uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestação de serviços na área de Assistência Social, Educação e Saúde, antes denominada “filantrópica”, é reconhecida como entidade beneficente de assistência social, com base em requisitos e critérios definidos em lei.

A Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, criou novas regras e atribuiu ao Ministério da Saúde (MS), ao Ministério da Educação (MEC) e ao Ministério da Cidadania (MC) a responsabilidade pela certificação das entidades em suas respectivas áreas.

A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) do Ministério da Saúde (MS) é responsável pela condução da certificação. Na estrutura da SAES, o Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde (DCEBAS) executa os procedimentos administrativos com vistas ao efetivo processo de certificação, ou seja, a entidade é reconhecida e obtém o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS), que pode ser de concessão ou renovação.

Neste contexto, o Ministério da Saúde, por meio do DCEBAS, elaborou um conjunto de ações com a finalidade de sistematizar e otimizar o processo de certificação como mais uma estratégia de fortalecimento do SUS, contribuindo para que as instituições operem com maior eficiência e qualidade, ampliando o acesso da população aos serviços de Saúde.

2 Legislação

- [Constituição Federal](#), de 05 de outubro de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde – SUS, e no seu artigo nº 199 estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, e que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- [Lei nº 8.212](#), de 24 de julho de 1991 – Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências.
- [Lei nº 12.101](#), de 27 de novembro de 2009, e suas alterações – Dispõem sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regulam os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.
- [Lei nº 12.249](#), de 11 de junho de 2010, que em seu artigo nº 110 - Dispõe sobre a renovação da certificação das entidades da área da saúde certificadas até o dia imediatamente anterior ao da publicação da Lei nº 12.101, de 2009, que presta serviços assistenciais de saúde não remunerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes econômicos, decorrentes do estabelecido em Norma Coletiva de Trabalho;
- [Lei nº 12.868](#), de 15 de outubro de 2013, que em seus artigos nº 6º a 16 - Promove alterações e versa acerca de disposições complementares ao disposto na Lei nº 12.101, de 2009;
- [Lei nº 13.650](#), de 11/04/2018, DOU 12/04/2018 - Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde, de que trata o artigo nº 4º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009; e altera a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e Lei nº 8.429, de 02 de junho de 1992.
- [Decreto nº 7.300](#), de 14 de setembro de 2010 – Regulamenta o artigo nº 110, da Lei nº 12.249, de 11/6/2010.
- [Decreto nº 8.242](#), de 23 de maio de 2014 – Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27/11/2009, e dispõe sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social e sobre procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social.
- [Portaria de Consolidação GM/MS nº 01](#), de 28/09/2017, DOU 03/10/2017 - Suplemento, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Artigos nº 140 a 229 (define os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde).

3 Informações Gerais Sobre o CEBAS

3.1. O que é o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS

É um certificado concedido pelo Governo Federal, regulamentado por meio da Lei nº 12.101/2009, por intermédio dos Ministérios da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC), e Ministério da Cidadania (MC), podendo ser concedido às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação.

3.2. Quais são os benefícios que podem ser usufruídos pelas entidades

As entidades detentoras do CEBAS, desde que preencham os demais requisitos definidos pela legislação tributária, poderão desfrutar da isenção das contribuições sociais incidentes sobre as remunerações pagas, devidas ou creditadas a qualquer título, durante o mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos que lhe prestem serviços, em conformidade com o disposto no artigo nº 29 da Lei nº 12.101/2009 e artigos nº 22 e 23 da Lei nº 8.212/1991.

Porém, não há que se confundir, o procedimento administrativo de certificação de uma entidade como beneficente de assistência social tem seu trâmite perante o Ministério certificador (de acordo com a área de atuação da entidade), já o procedimento de isenção (imunidade) tramita perante a Secretaria de Receita Federal do Brasil – SRFB.

O CEBAS, portanto, além de ser um dos documentos exigidos pela Receita Federal para que as entidades privadas, sem fins lucrativos, gozem da isenção das contribuições sociais, tornou-se importante instrumento de acesso das entidades privadas a recursos provenientes de emendas parlamentares. O Manual de Emendas, elaborado pela Câmara dos Deputados, que estabelece regras para a destinação de recursos a entidades privadas sem fins lucrativos, a título de subvenção social, contribuições e auxílio, define ser obrigatório que a entidade beneficiária da transferência do recurso porte o CEBAS ou comprove ter protocolizado pedido de renovação da certificação, ainda que pendente de análise junto ao órgão competente.

Ressalta-se, ademais, a importância da certificação como ferramenta na celebração de convênios com o poder público. O Fundo Nacional de Saúde, de praxe, avalia propostas para acesso das entidades de saúde a projetos de financiamento, expansão, aquisição de financiamento e tem exigido o CEBAS para a liberação de convênios com o intuito de aquisição de equipamento, expansão de infraestrutura, e etc.

3.3. Quem pode ter o CEBAS concedido

O CEBAS poderá ser concedido às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação.

Excepcionalmente, poderão ser certificadas as entidades públicas de direito privado, nos termos do Parecer da Advocacia Geral da União.

3.4. Onde solicitar o CEBAS

Os requerimentos de concessão e renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) serão protocolados junto ao Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC), e Ministério da Cidadania (MC), de acordo a área de atuação preponderante da entidade.

3.5. O que é atividade preponderante

É a atividade econômica principal da entidade, registrada no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). Deve ser compatível com o principal objeto de atuação, que é verificado nas demonstrações contábeis e, caso necessário, nos atos constitutivos e no relatório de atividades.

Verifique a Atividade econômica Principal antes de solicitar o CEBAS

Se houver incompatibilidade entre a informação do CNPJ e o principal objeto de atuação da sua entidade, procure seu contador para solucionar as divergências, realizando a alteração dos atos constitutivos, bem como do CNPJ na Receita Federal, antes de solicitar o CEBAS. Isso facilita a identificação da área de atuação preponderante e a constatação da competência do MS para a análise do seu pedido, tornando mais rápido o processo de certificação.

3.6. Qual a função do DCEBAS na área da Saúde

Esclarecemos que o Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS), do Ministério da Saúde, tem a função precípua de definir e promover ações técnicas e administrativas necessárias à certificação das entidades beneficentes de assistência social em saúde, bem como analisar o cumprimento dos requisitos legais nos requerimentos apresentados pelas entidades de saúde e submetê-los ao Secretário de Atenção Especializada à Saúde para concessão ou renovação do certificado de entidades beneficentes de assistência social em saúde conforme a legislação aplicável, contribuindo para o fortalecimento do SUS.

3.7. Qual é a importância da Certificação na área da Saúde

A certificação apresenta-se como importante ferramenta para fortalecer a gestão do SUS, promover a adequação, a expansão e a potencialização dos serviços de saúde. Possibilita, ainda, a isenção das contribuições sociais, em conformidade com a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, e a celebração de convênios das entidades beneficentes com o poder público, entre outros benefícios.



4 Procedimentos para a Solicitação do CEBAS

4.1. O que é o SisCEBAS

Sistema de Informação de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de saúde (SisCEBAS), é um sistema de Gerenciamento e Gestão do processo de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de saúde, Processo de Supervisão das entidades certificadas como beneficentes de assistência social e o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e Entidades Sem Fins Lucrativos que atuam na área da Saúde e participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS).

É por meio do SisCEBAS que a entidade faz o requerimento de concessão e renovação do CEBAS, inclui documentação complementar, e acompanha o andamento dos processos.

4.2. Qual é a primeira providência a ser tomada pela entidade que pretende requerer o CEBAS

A entidade deve solicitar o acesso ao sistema SisCEBAS, encaminhando a documentação necessária (listada abaixo) para efetuar o cadastro de login e senha do representante legal da entidade.

Documentos:

- **Ata de eleição do representante** legal da entidade com o período do mandato;
No caso de intervenção, Cópia do Decreto, com prazo da intervenção
- **CNPJ**;
- **CPF do representante legal**; e
- **e-mail para o recebimento do login e senha.**

Encaminhar a referida documentação para o e-mail: siscebas@saude.gov.br.

A resposta com login e senha será encaminhada no e-mail fornecido no cadastro.

Orientação: para sua maior segurança, orientamos a trocar a senha no primeiro acesso. <http://siscebas.saude.gov.br/siscebas>

4.3. O cadastramento é obrigatório

Sim. O cadastro no SisCEBAS é obrigatório para requerer e acompanhar os processos de certificação e supervisão da entidade. Todas as entidades que atuem na área de saúde e pretendem requerer a certificação devem ser cadastradas.

Só terá acesso ao sistema o representante legal cadastrado e pelo tempo do mandato estabelecido na ata de eleição. Havendo qualquer alteração na entidade (por exemplo: nova ata de eleição, alteração estatutária, e dados cadastrais) deve ser efetuado a atualização do cadastro por e-mail: siscebas@saude.gov.br.

4.4. Preciso de certificação digital para acessar o SisCEBAS

Não. Apenas é necessário o cadastro no Sistema de Informação de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de saúde (SisCEBAS).

4.5. O SisCEBAS pode ser acessado sem cadastro

Sim. O Sistema de Informação de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de saúde (SisCEBAS) pode ser visualizado de modo público, porém não é permitido inserir documentação e acessar o conteúdo dos documentos. Apenas é possível verificar os processos e documentos cadastrados.

Figura: 01

Fonte: Sistema de Informação de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde (SisCEBAS) – Tela Inicial

4.6. Como solicitar o CEBAS

Conforme dispõe o artigo nº 166, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, devidamente cadastrado, o representante legal deve acessar o SisCEBAS e incluir a documentação, de acordo com a forma que pretende comprovar a sua condição de beneficência. O protocolo do requerimento será vinculado ao Cadastro de Pessoa Física (CPF) do representante legal da entidade

O requerimento de concessão ou renovação do CEBAS será protocolado através do sistema SisCEBAS. <http://siscebas.saude.gov.br/siscebas>.

Os requerimentos de concessão ou renovação do CEBAS serão considerados recebidos na data de finalização do seu protocolo no sistema informatizado. Ressaltamos que após a inclusão da documentação, o formulário deve ser finalizado, sob pena de não ter sido considerado devidamente protocolado.

Após a finalização, o Ministério da Saúde irá realizar o protocolo e será disponibilizado, posteriormente, o número do registro do CEBAS, contendo o nome da entidade e seu número de inscrição no CNPJ.

4.7. Como encaminhar a documentação pelo SisCEBAS

1. Tela de acesso ao sistema (Figura: 02 e 03):

SISCEBAS
Sistema de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde

Bom dia segunda-feira 25 de julho de 2016.

Você está aqui: Siscebas »» Início

PARA ACESSAR O SISTEMA É NECESSÁRIO POSSUIR LOGIN E SENHA FORNECIDOS PELO MS/DCEBAS
CASO SEJA UMA ENTIDADE [CLIQUE AQUI](#)

PARA ACESSAR A VISUALIZAÇÃO PÚBLICA [CLIQUE AQUI](#)

* Indica os campos obrigatórios

LOGIN:

SENHA:

CÓDIGO:

CÓDIGO DE SEGURANÇA:

ENTRAR LIMPAR

Figura: 02

Fonte: Sistema de Informação de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde (SisCEBAS) – Tela Inicial

SISCEBAS
Sistema de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde

Bom dia segunda-feira 25 de julho de 2016.

Você está aqui: Siscebas »» Início

PARA ACESSAR O SISTEMA É NECESSÁRIO POSSUIR LOGIN E SENHA FORNECIDOS PELO MS/DCEBAS
CASO SEJA UMA ENTIDADE [CLIQUE AQUI](#)

PARA ACESSAR A VISUALIZAÇÃO PÚBLICA [CLIQUE AQUI](#)

* Indica os campos obrigatórios

CPF DO RESPONSÁVEL:

SENHA:

CÓDIGO:

CÓDIGO DE SEGURANÇA:

ENTRAR LIMPAR

Figura: 03

Fonte: Sistema de Informação de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde (SisCEBAS) – Login Entidades

2. Após acessar o sistema, escolha a opção: **CERTIFICAÇÃO e CADASTRAR DOCUMENTO.** (figura 04)

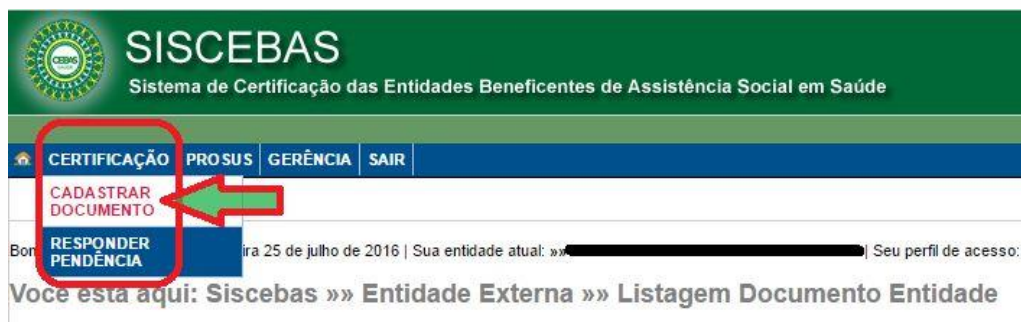


Figura: 04

Fonte: Sistema de Informação de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde (SisCEBAS) – Tela Usuário Logado

3. Na tela abaixo, (figura: 05) “Preencher o Requerimento”, observando a condição de beneficência escolhida. Os campos com asterisco (*) são obrigatórios.

Você está aqui: Siscebas >> Entidade Externa >> Incluir Documento Entidade

O TEOR E A INTEGRIDADE DOS DOCUMENTOS DIGITALIZADOS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO INTERESSADO, QUE RESPONDERÁ NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO CIVIL, PENAL E ADMINISTRATIVA POR EVENTUAIS FRAUDES, CONFORME DISPÕE O ART. 11, § 1º DO DECRETO Nº 8.539, DE 2015.

SOLICITAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO

ASSUNTO: * ÁREA DE ATUAÇÃO PREPONDERANTE: * ÁREA DE ATUAÇÃO: ☐ ASSISTÊNCIA SOCIAL ☐ EDUCAÇÃO ☐ NÃO SE APLICA *

CONDIÇÃO DE BENEFICÊNCIA (ART. 4º, PARÁGRAFO ÚNICO, DA PORTARIA GMMS Nº 834, DE 26 DE ABRIL DE 2016): *

TIPO DO ARQUIVO DIGITAL: * ARQUIVO DIGITAL: Nenhum arquivo selecionado *

OBSERVAÇÃO: ☐ CIENTE DO DECRETO Nº 8.539, DE 2015.

Campo observação do requerimento (caracteres restantes: 1000)

CÓDIGO DE SEGURANÇA: 5695

Figura: 05

Fonte: Sistema de Informação de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde (SisCEBAS) – Tela Usuário Logado – Inserção de documentos

4. Após preencher todos os campos solicitados, anexe o arquivo PDF, que faz referência às informações preenchidas e em seguida pressione o botão salvar, para que o próximo documento possa ser anexado. (Figura: 06)

Você está aqui: Siscebas >> Entidade Externa >> Incluir Documento Entidade

O TEOR E A INTEGRIDADE DOS DOCUMENTOS DIGITALIZADOS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO INTERESSADO, QUE RESPONDERÁ NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO CIVIL, PENAL E ADMINISTRATIVA POR EVENTUAIS FRAUDES, CONFORME DISPÕE O ART. 11, § 1º DO DECRETO Nº 8.539, DE 2015.

SOLICITAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO

ASSUNTO: * ÁREA DE ATUAÇÃO PREPONDERANTE: * ÁREA DE ATUAÇÃO: ☐ ASSISTÊNCIA SOCIAL ☐ EDUCAÇÃO ☐ NÃO SE APLICA *

CONDIÇÃO DE BENEFICÊNCIA (ART. 4º, PARÁGRAFO ÚNICO, DA PORTARIA GMMS Nº 834, DE 26 DE ABRIL DE 2016): *

TIPO DO ARQUIVO DIGITAL: * ARQUIVO DIGITAL: Nenhum arquivo selecionado *

OBSERVAÇÃO: ☐ CIENTE DO DECRETO Nº 8.539, DE 2015.

Campo observação do requerimento (caracteres restantes: 1000)

CÓDIGO DE SEGURANÇA: 5695

Figura: 06

Fonte: Sistema de Informação de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde (SisCEBAS) – Tela Usuário Logado – Inserção de documentos

5. Após anexar os documentos solicitados no campo “Tipo do arquivo digital” (Figura: 06), pressione o botão finalizar. (Figura: 07)

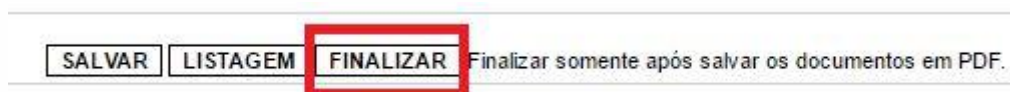


Figura: 07

Fonte: Sistema de Informação de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde (SisCEBAS) – Tela Usuário Logado – Inserção de documentos

Observação:

- As informações do campo “**Tipo do arquivo digital**”, só irão aparecer após o preenchimento do campo “**Condição de beneficência**”.
- O botão finalizar só aparece após o envio de um documento. (anexar e salvar).
- A data do protocolo somente se dará após a **FINALIZAÇÃO** do formulário SisCEBAS.

4.8. Qual importância da data de protocolo do requerimento do CEBAS

A análise dos processos é realizada observando a ordem cronológica de data de protocolo. Para os pedidos de renovação, a data é considerada para que se possa verificar se o protocolo ocorreu dentro do prazo estabelecido pela lei, ou seja, no decorrer dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem o termo final de validade do certificado, conforme dispõe o artigo nº 24, § 1º, da Lei nº 12.101/09.

4.9. Qual a diferença entre concessão e renovação

CONCESSÃO: Quando a entidade não possui CEBAS vigente;

RENOVAÇÃO: Quando a entidade protocola o requerimento dentro do prazo estabelecido no §1º, do artigo nº 24, da Lei nº 12.101/2009.

4.10. Qual a validade do certificado

Os requerimentos de Concessão terão prazo de validade de 03 (três) anos, contados da data da publicação da decisão de Deferimento do Diário Oficial da União – DOU, conforme o caput artigo nº 5º, do Decreto 8.242/2014.

Os requerimentos de Renovação terão validade de:

- 03 (três) anos, para entidades que tenha receita bruta anual superior a 01 (um) milhão de reais, conforme o §1º, do artigo nº 5º, do Decreto 8.242/2014.
- 05 (cinco) anos, para entidades que tenha receita bruta anual igual ou inferior a 01 (um) milhão de reais, conforme o §1º, do artigo nº 5º, do Decreto 8.242/2014.

4.11. Quando se inicia a contagem dos efeitos da decisão dos processos de certificação

Nos processos de *concessão*, o efeito da decisão contará da publicação em Diário Oficial da União – DOU.

Para os requerimentos de *renovação protocolados tempestivamente*, o efeito da decisão contará do término da validade da certificação anterior (caso da decisão de *deferimento*); ou da data de publicação da decisão de *indeferimento*, conforme o artigo nº 6º, do Decreto 8.242/2014.

4.12. Qual o prazo para protocolar a concessão e renovação do CEBAS

A entidade pode protocolar um pedido de concessão a qualquer tempo, já que, neste caso, a validade do certificado se inicia a partir da data da publicação do deferimento no Diário Oficial da União – DOU, conforme o artigo nº 5º, do Decreto 8.242/2014.

Para os requerimentos de renovação, os protocolos devem ser realizados durante os últimos 360 (trezentos e sessenta) dias do termo final de validade do certificado.

Fique atento ao prazo para protocolar seu pedido de renovação

*Quando a entidade protocola o pedido de renovação no decorrer dos 360 dias (trezentos e sessenta) dias que antecedem o termo final de validade do certificado, consideramos seu pedido **tempestivo**. Assim, ela pode usufruir de todos os efeitos da decisão, sem lacunas.*

*Quando a entidade perde o prazo, seu pedido é considerado **intempestivo**. Com isso, a decisão de deferimento pode ocorrer após o vencimento do certificado. Neste caso, os efeitos da decisão contam apenas a partir de sua publicação no Diário Oficial da União (DOU), causando uma lacuna, com perdas para a entidade.*

Para melhor compreensão observe o seguinte exemplo:

Uma entidade possui CEBAS com vigência de 01/01/2016 a 31/12/2018. Considerando a exigência de que o protocolo do pedido de renovação ocorra durante os 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem o termo final de validade do certificado, temos:

- Vencimento do Cebas: 31/12/2018.
- Data-início para protocolo de renovação tempestivo: 06/01/2018.
- Data-limite para protocolo de renovação tempestivo: 31/12/2018.
- Requerimento protocolado até 31/12/2018 = **tempestivo**.
- Requerimento protocolado após 31/12/2018 = **intempestivo**.

4.13. O que acontece se a entidade protocolar um processo antes dos 360 dias

O requerimento de renovação protocolado antes do período de que trata o §1º o artigo nº 24, da Lei nº 12.101/2009 (360 dias que antecedem o termo final da validade), não será conhecido, sendo arquivado no Departamento, devendo a entidade apresentar novo requerimento dentro do prazo legal, conforme o §3º o artigo nº 24, da Lei nº 12.101/2009.

Observação:

A existência de requerimento tempestivo de renovação pendente de julgamento não impede a entidade de protocolar novo requerimento referente ao certificado seguinte, observando o prazo determinado em lei para os pedidos de renovação (durante os 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem o termo final de validade do certificado).

4.14. Qual efeito da tempestividade do requerimento de CEBAS em um certificado com validade vencida

A certificação da entidade permanecerá válida até a data da decisão sobre o requerimento de renovação tempestivamente apresentado, mesmo que o prazo da validade da certificação anterior já tenha se esgotado, § 2º, do artigo nº 24, da Lei nº 12.101/2009.

4.15. Que requisitos a entidade deve comprovar para obter o CEBAS

- Ser constituída como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços na área de saúde;
- Obedecer ao princípio da universalidade do atendimento, sendo vedado dirigir suas atividades exclusivamente a seus associados ou a categoria profissional;
- Ter o período mínimo de 12 (doze) meses de constituição da entidade;

O período mínimo de cumprimento dos requisitos poderá ser reduzido se a entidade for prestadora de serviços por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere com o Sistema Único de Saúde (SUS) ou com o Sistema Único de Assistência Social (Suas), em caso de necessidade local atestada pelo gestor do respectivo sistema.

- Preveja, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, a destinação do eventual patrimônio remanescente a entidade sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas.

4.16. Qual o ano que será analisado para concessão ou renovação do CEBAS

De acordo com o artigo nº 3º da Lei 12.101/2009, o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS será concedido à entidade beneficente que demonstre, no exercício fiscal anterior ao do protocolo, o preenchimento dos requisitos legais.

**Ano de análise para o cumprimento dos requisitos:
Exercício fiscal anterior ao do protocolo do requerimento do CEBAS
(ano anterior ao do protocolo)**

4.17. Em quais situações o requerimento do Certificado deve ser protocolado no Ministério da Saúde - MS

Duas situações devem ser consideradas: quando a entidade atua exclusivamente na área da Saúde ou quando sua atividade *preponderante* é realizada na área da Saúde.

Protocole o requerimento no ministério responsável pela certificação:

Quando a entidade tem atuação **preponderante** nas áreas de Educação ou Assistência Social, o requerimento deve ser protocolado no **MEC** ou no **MC**.

4.18. Como saber se a atuação preponderante é na Saúde

Identifica-se a área de atuação preponderante como aquela na qual a entidade tenha a maior despesa e custo.

4.19. E quando a entidade atua em mais áreas além da Saúde (Educação e Assistência Social)

O protocolo do requerimento deve ser realizado no Ministério da área preponderante, este que é o responsável pelo julgamento do processo, e este irá se comunicar com os demais.

De acordo com o §2º, do artigo nº 13, do Decreto 8.242/2014, aos processos de entidades que atuem em mais de uma área, dependerá da manifestação dos demais Ministérios certificadores, sobre o cumprimento dos requisitos nas suas respectivas áreas.

Segundo expõe o §3º, do artigo nº 13, do Decreto 8.242/2014, o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS somente será deferido se constatado o cumprimento, cumulativo, dos requisitos legais previstos para cada uma de suas áreas de atuação.

4.20. A entidade que não atua de forma preponderante na Saúde precisa se cadastrar no SisCEBAS

Não. Apenas precisam se cadastrar as entidades que sejam preponderantes em saúde.

4.21. Por quais formas as entidades podem comprovar sua condição de beneficência para fins da certificação

Pelas formas descritas no parágrafo único, do artigo nº 143, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01, de 28/09/2017, Diário Oficial da União - DOU 03/10/2017 – Suplemento:

I - pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o artigo nº 4º e 6º da Lei nº 12.101, de 2009;

II - pela prestação anual de serviços prestados ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento) e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, em conformidade com o artigo nº 8º da Lei nº 12.101, de 2009;

III - pela aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, quando não houver interesse de contratação pelo gestor do SUS, em conformidade com o artigo nº 8º, inciso I da Lei nº 12.101, de 2009;

IV - pela realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, em conformidade com o artigo nº 11 da Lei nº 12.101, de 2009;

V - pela condição de beneficente, conforme o disposto no artigo nº 110 da Lei nº 12.249, de 2010;

VI - pela prestação de serviços ao SUS de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em conformidade com o artigo nº 7-A da Lei nº 12.101, de 2009;

VII - pela atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados, em conformidade com o artigo nº 8-A da Lei nº 12.101, de 2009; e

VIII - pela execução de ações exclusivamente de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade, em conformidade com o artigo nº 8-B da Lei nº 12.101, de 2009.

Para fins de certificação, a entidade DEVE escolher apenas uma forma para comprovar a sua beneficência.

4.22. Onde os processos serão analisados

O requerimento será analisado no Ministério da Saúde, no âmbito do Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde – DCEBAS/SAES/MS, realizada pela Coordenação-Geral de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde – CGCER, de acordo com a forma que a entidade pretende comprovar sua condição de benéfico para fins de certificação, artigo nº 177, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

A CGCER emitirá Parecer Técnico e o submeterá à consideração do Gabinete do DCEBAS/SAES/MS que, se de acordo, o encaminhará para deliberação do Secretário de Atenção Especializada à Saúde – SAES, autoridade certificadora.

4.23. Qual o prazo para análise dos processos

Os requerimentos serão analisados, de acordo com a ordem cronológica de seu protocolo, no prazo de até 6 (seis) meses, artigo nº 178, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017

4.24. Como solicitar a prorrogação do prazo para responder a diligência

A solicitação de prorrogação do prazo da diligência, bem como a complementação de documento, deve ser realizada por meio do sistema SisCEBAS, mediante requerimento da entidade.

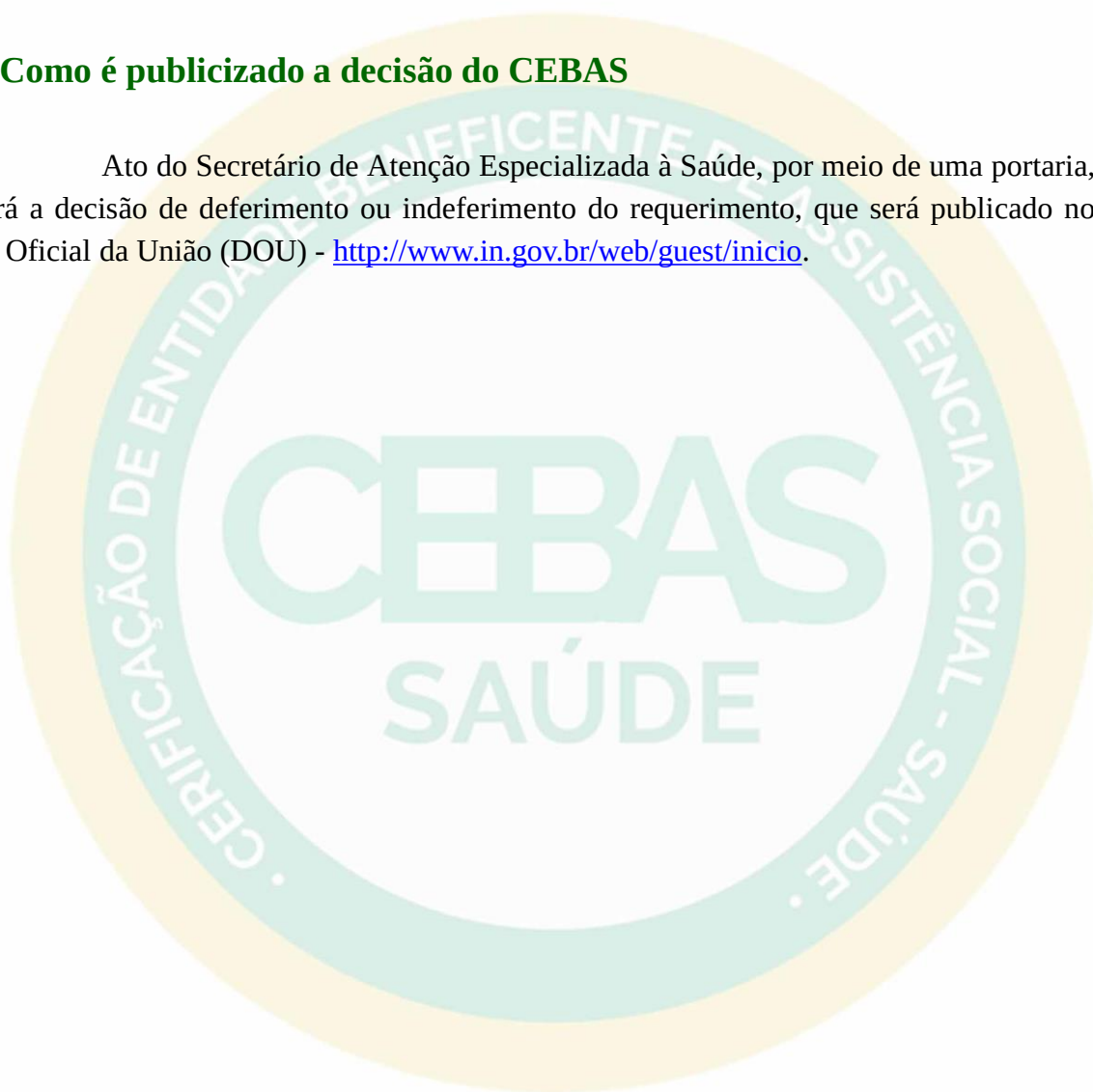
Nos casos de processos de Supervisão, a solicitação deverá ser feita pelo e-mail: cebas.supervisao@saude.gov.br.

4.25. O que acontece caso a entidade não responda a diligência

O não atendimento pela entidade à diligência para complementação da documentação implicará o indeferimento do requerimento pelo Ministério da Saúde sem julgamento de mérito, de acordo com o artigo nº 4º, §3º do Decreto 8.242/2014, combinado com artigo nº 178, §4º, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

4.26. Como é publicizado a decisão do CEBAS

Ato do Secretário de Atenção Especializada à Saúde, por meio de uma portaria, indicará a decisão de deferimento ou indeferimento do requerimento, que será publicado no Diário Oficial da União (DOU) - <http://www.in.gov.br/web/guest/inicio>.



5 Detalhamento da Documentação do CEBAS

5.1. Documentação que TODAS as entidades devem encaminhar, independente da forma que pretende comprovar sua condição de beneficência para fins da certificação

Descritos no artigo nº 169, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017:

- 01** - comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- 02** - cópia da ata de eleição dos dirigentes e, quando for o caso, do instrumento comprobatório de representação legal;
- 03** - cópia do ato constitutivo da entidade, devidamente registrado junto ao órgão competente, que demonstre o cumprimento dos seguintes requisitos:
 - a) constituição como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, há 12 (doze) meses, no mínimo;
 - b) finalidade de prestação de serviços na área da saúde; e
 - c) previsão, em caso de dissolução ou extinção, sobre a destinação do eventual patrimônio remanescente, a entidades sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas;
- 04** - relatório de atividades desempenhadas no exercício fiscal anterior ao requerimento, destacando informações sobre o público atendido e os recursos envolvidos e assinado pelo representante legal;
- 05** - demonstração do resultado do exercício, contendo:
 - a) receita bruta anual auferida, devidamente discriminada e segregada por área de atuação;
- 06** - notas explicativas, com receitas e despesas segregadas por área de atuação da entidade;
- 07** - Manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado.

5.2 Documentação que a entidade deve encaminhar de acordo com a forma que pretende comprovar sua condição de beneficência para fins da certificação, além da documentação Geral

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

Artigo nº 153 a 161, Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017

01 - cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), efetuada pelo responsável legal da entidade ao gestor local do SUS, protocolada junto à Secretaria de Saúde respectiva;

02 - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere firmado com o gestor do SUS, acompanhada da cópia dos respectivos termos aditivos referentes ao exercício anterior ao do requerimento do CEBAS;

03 - cópia do contrato de gestão, na hipótese do disposto no artigo nº 155, § 1º, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, quando for o caso; e

04 - Prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) será comprovada por meio dos registros das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais, verificados nos seguintes sistemas de informações do Ministério da Saúde:

- a) Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS);
- b) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);
- c) Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA).

O artigo nº 155, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017:

“O atendimento do percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de prestação de serviços ao SUS poderá ser individualizado 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.”

A entidade que solicita o CEBAS deve possuir produção própria de serviço ao SUS, sendo o CNPJ da solicitante a responsável pela prestação do serviço, devendo incluir suas filiais no cálculo.

II - pela prestação anual de serviços prestados ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento) e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade

Artigo nº 170, Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017

01 - cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), efetuada pelo responsável legal da entidade ao gestor local do SUS, protocolada junto à Secretaria de Saúde respectiva;

02 - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere firmado com o gestor do SUS, acompanhada da cópia dos respectivos termos aditivos referentes ao exercício anterior ao do requerimento do CEBAS;

03 - cópia do contrato de gestão, na hipótese do disposto no artigo nº 155, § 1º, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, quando for o caso; e

04 - Prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) será comprovada por meio dos registros das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais, verificados nos seguintes sistemas de informações do Ministério da Saúde:

- a) Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS);
- b) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);
- c) Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA).

O artigo nº 155, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017:

“O atendimento do percentual de prestação de serviços ao SUS poderá ser individualizado 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.”

A entidade que solicita o CEBAS deve possuir produção própria de serviço ao SUS, sendo o CNPJ da solicitante a responsável pela prestação do serviço, devendo incluir suas filiais no cálculo.

05 - balanço patrimonial, contendo:

- 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) constituição das provisões; e
- c) depreciações.

- 06** - demonstração das mutações do patrimônio líquido, contendo:
- a) saldos iniciais e finais do exercício fiscal anterior ao do requerimento;
 - b) ajustes de exercícios anteriores; e
 - c) destinações do superávit/déficit do exercício.
- 07** - demonstração dos fluxos de caixa, contendo:
- a) montante dos fluxos de caixa operacional, segregado por área de atuação; e
 - b) pagamentos de caixa para aquisição de imobilizado, no que couber.
- 08** - demonstração do resultado do exercício, contendo:
- a) receita bruta anual auferida, devidamente discriminada e segregada por área de atuação;
 - b) detalhamento das despesas e custos ocorridos, devidamente discriminados por área de atuação, além das despesas com gratuidade, quando couber, sem prejuízo das demais despesas;
 - c) superávit ou déficit do exercício; e
 - d) valor do benefício fiscal usufruído.
- 09** - notas explicativas, com receitas e despesas segregadas por área de atuação da entidade, contendo:
- a) resumo das principais práticas contábeis;
 - b) critérios de apuração e detalhamento das receitas e despesas, especialmente com doações, subvenções, convênios, contribuições e aplicação de recursos;
 - c) detalhamento, por elemento de despesa, das ações de gratuidade na área de saúde, bem como o respectivo critério de apuração; e
 - d) o valor dos benefícios fiscais usufruídos.
- 10** - declaração fornecida pelo gestor do SUS que ateste a ausência de interesse, quando for o caso;
- 11** - demonstrativo contábil que comprove a aplicação de percentual em gratuidade, na forma do disposto no artigo nº 162, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, quando for o caso;
- 12** - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, de prestação de serviços, explicitando, também, as ações de gratuidade pactuadas na área de saúde, a serem executadas em razão da aplicação de percentual da receita em gratuidade, nos termos do artigo nº 162, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, quando for o caso;

13 - termo de pactuação das ações de gratuidade pactuadas na área de saúde, a serem executadas em razão da aplicação de percentual da receita em gratuidade, quando for caso; e

14 - As entidades cuja receita bruta anual for superior ao limite máximo estabelecido no inciso II do "caput" do artigo nº 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, deverão submeter sua escrituração a auditoria independente realizada por instituição credenciada junto ao Conselho Regional de Contabilidade.

Os demonstrativos contábeis deverão comprovar o valor da receita efetivamente recebida pela prestação de serviços de saúde e a aplicação dos percentuais exigidos em gratuidade.



III - pela aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, quando não houver interesse de contratação pelo gestor do SUS

Artigo nº 162, 163, 170, Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017

01 - cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), efetuada pelo responsável legal da entidade ao gestor local do SUS, protocolada junto à Secretaria de Saúde respectiva;

02 - termo de pactuação das ações de gratuidade pactuadas na área de saúde, a serem executadas em razão da aplicação de percentual da receita em gratuidade, quando for caso.

03 - Prestação anual de serviços ao SUS será comprovada por meio dos registros das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais (em gratuidade), verificados nos seguintes sistemas de informações do Ministério da Saúde:

- a) Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS);
- b) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);
- c) Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA).

04 - balanço patrimonial, contendo:

- 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) constituição das provisões; e
- c) depreciações.

05 - demonstração das mutações do patrimônio líquido, contendo:

- a) saldos iniciais e finais do exercício fiscal anterior ao do requerimento;
- b) ajustes de exercícios anteriores; e
- c) destinações do superávit/déficit do exercício.

06 - demonstração dos fluxos de caixa, contendo:

- a) montante dos fluxos de caixa operacional, segregado por área de atuação; e
- b) pagamentos de caixa para aquisição de imobilizado, no que couber.

07 - demonstração do resultado do exercício, contendo:

- a) receita bruta anual auferida, devidamente discriminada e segregada por área de atuação;
- b) detalhamento das despesas e custos ocorridos, devidamente discriminados por área de atuação, além das despesas com gratuidade, quando couber, sem prejuízo das demais despesas;

- c) superávit ou déficit do exercício; e
- d) valor do benefício fiscal usufruído.

08 - notas explicativas, com receitas e despesas segregadas por área de atuação da entidade, contendo:

- a) resumo das principais práticas contábeis;
- b) critérios de apuração e detalhamento das receitas e despesas, especialmente com doações, subvenções, convênios, contribuições e aplicação de recursos;
- c) detalhamento, por elemento de despesa, das ações de gratuidade na área de saúde, bem como o respectivo critério de apuração; e
- d) o valor dos benefícios fiscais usufruídos.

09 - declaração fornecida pelo gestor do SUS que ateste a ausência de interesse, quando for o caso;

10 - demonstrativo contábil que comprove a aplicação de percentual em gratuidade, na forma do disposto no artigo nº 162, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, quando for o caso;

11 - As entidades cuja receita bruta anual for superior ao limite máximo estabelecido no inciso II do "caput" do artigo nº 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, deverão submeter sua escrituração a auditoria independente realizada por instituição credenciada junto ao Conselho Regional de Contabilidade.

Os demonstrativos contábeis deverão comprovar o valor da receita efetivamente recebida pela prestação de serviços de saúde e a aplicação dos percentuais exigidos em gratuidade.

IV - pela realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS

Artigo nº 150, 174, Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017

01 - A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no artigo nº 146, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação:

- a) estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;
- b) capacitação de recursos humanos;
- c) pesquisas de interesse público em saúde; ou
- d) desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviço de saúde.

02 - As entidades de saúde que venham a se beneficiar dessa condição poderão complementar as atividades relativas aos projetos de apoio com prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS, observadas as seguintes condições:

- a) a complementação não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais;
- b) a entidade de saúde deverá apresentar ao gestor local do SUS plano de trabalho com previsão de atendimento e detalhamento de custos, os quais não poderão exceder o valor por ela efetivamente despendido; e
- c) a comprovação dos custos a que se refere o item “b” poderá ser exigida a qualquer tempo, mediante apresentação dos documentos necessários.

03 - portaria de reconhecimento de excelência para apresentação de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, editada pelo Ministério da Saúde;

04 - cópia do ajuste ou convênio celebrado com o Ministério da Saúde e dos termos aditivos;

05 - demonstrações contábeis e financeiras submetidas a parecer conclusivo de auditor independente, legalmente habilitado junto ao Conselho Regional de Contabilidade;

06 - resumo da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e Informações à Previdência Social;

07 - pactuação com o gestor do SUS para a complementação prevista no artigo nº 150, §2º;

08 - declaração fornecida pelo gestor do SUS atestando os resultados obtidos com a complementação prevista no artigo nº 150, §2º ; e

09 - certidão, expedida pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), de aprovação dos relatórios finais referentes à execução dos projetos constantes do termo de ajuste ou convênio, e seus termos aditivos, relativos ao exercício fiscal anterior ao do requerimento.

Artigo nº 174, Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017:

§ 1º Para os requerimentos de renovação, os demonstrativos contábeis de que trata este artigo devem comprovar que a entidade aplicou o valor da isenção usufruída no exercício fiscal anterior em projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS e, quando couber, com prestação de serviços não remunerados e pactuados com o gestor do SUS, no limite estabelecido no artigo nº 150, §2º .

§ 2º Tratando-se de requerimento de concessão, o recurso despendido pela entidade no projeto de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS não poderá ser inferior ao valor das contribuições de que tratam os artigos nº 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, referente ao exercício fiscal anterior ao do requerimento.

V - pela condição de beneficente, conforme o disposto no artigo 110 da Lei nº 12.249, de 2010;

Artigo nº 151, 175, Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017

As entidades da área de saúde certificadas até o dia imediatamente anterior ao da publicação da Lei nº 12.101, de 2009, que prestam serviços assistenciais de saúde não remuneradas pelo SUS a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes econômicos, decorrentes do estabelecido em Norma Coletiva de Trabalho, desde que, simultaneamente, destinem no mínimo 20% (vinte por cento) do valor total das isenções de suas contribuições sociais em serviços, com universalidade de atendimento, a beneficiários do SUS, mediante pactuação junto ao gestor local do SUS, terão concedida a renovação do CEBAS.

01 - balanço patrimonial, contendo:

- 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) constituição das provisões; e
- c) depreciações.

02 - demonstração das mutações do patrimônio líquido, contendo:

- a) saldos iniciais e finais do exercício fiscal anterior ao do requerimento;
- b) ajustes de exercícios anteriores; e
- c) destinações do superávit/déficit do exercício.

03 - demonstração dos fluxos de caixa, contendo:

- a) montante dos fluxos de caixa operacional, segregado por área de atuação; e
- b) pagamentos de caixa para aquisição de imobilizado, no que couber.

04 - demonstração do resultado do exercício, contendo:

- a) receita bruta anual auferida, devidamente discriminada e segregada por área de atuação;
- b) detalhamento das despesas e custos ocorridos, devidamente discriminados por área de atuação, além das despesas com gratuidade, quando couber, sem prejuízo das demais despesas;
- c) superávit ou déficit do exercício; e
- d) valor do benefício fiscal usufruído.

05 - notas explicativas, com receitas e despesas segregadas por área de atuação da entidade, contendo:

- a) resumo das principais práticas contábeis;
- b) critérios de apuração e detalhamento das receitas e despesas, especialmente com doações, subvenções, convênios, contribuições e aplicação de recursos;
- c) detalhamento, por elemento de despesa, das ações de gratuidade na área de saúde, bem como o respectivo critério de apuração; e
- d) o valor dos benefícios fiscais usufruídos.

06 - cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), efetuada pelo responsável legal da entidade ao gestor local do SUS, protocolada junto à Secretaria de Saúde respectiva;

07 - as Guias de Recolhimento de FGTS e Informações para a Previdência Social (GFIPS), apresentadas pela entidade à Receita Federal do Brasil, acompanhada de demonstrativo contábil que demonstre a aplicação do percentual mínimo previsto no artigo nº 151, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, em prestação de serviços gratuitos aos usuários do SUS;

08 - pacto firmado com o gestor do SUS, contendo estimativa de metas e resultados a serem alcançados;

09 - comprovante emitido pelo gestor local do SUS sobre o cumprimento das metas e resultados ajustados no pacto a que se refere o artigo nº 151, § 1º, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017 ;

10 - Norma Coletiva de Trabalho, comprovando a prestação de serviços assistenciais de saúde, não remunerados pelo SUS, a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes; e

11 – As entidades cuja receita bruta anual for superior ao limite máximo estabelecido no inciso II do "caput" do artigo nº 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, deverão submeter sua escrituração a auditoria independente realizada por instituição credenciada junto ao Conselho Regional de Contabilidade.

Artigo nº 175, Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017:

Parágrafo único Os demonstrativos contábeis deverão comprovar a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) do valor total da isenção das contribuições para a seguridade social na prestação de serviços ao SUS, sem geração de créditos.

VI - pela prestação de serviços ao SUS de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em conformidade com o artigo nº 7-A da Lei nº 12.101/2009

Artigo nº 147, 171, Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017

Artigo nº 147. As instituições reconhecidas nos termos da legislação como serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as comunidades terapêuticas que prestem ao SUS serviços de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa poderão ser certificadas, desde que:

- a) sejam qualificadas como entidades de saúde; e
- b) comprovem a prestação de serviços de que trata o "caput", por meio de declaração do gestor do SUS.

01 - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, para a prestação de serviços, observada a regulamentação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde; e

02 - declaração do gestor do SUS atestando a execução das ações pactuadas no contrato, convênio ou instrumento congênere.

O atendimento dos requisitos previstos no artigo nº 147, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, dispensa a observância das exigências previstas no artigo 146.

VII - pela atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados, em conformidade com o artigo nº 8-A da Lei nº 12.101, de 2009

Artigo nº 148, 171, Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017

Artigo nº 148. Excepcionalmente, será admitida a certificação de entidade que atue exclusivamente na promoção da saúde sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados.

A oferta da totalidade de ações e serviços sem contraprestação do usuário dispensa a observância das exigências previstas no artigo nº 146, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

São consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades, aquelas relacionadas no artigo nº 164, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, e outras que venham a ser definidas pelo Ministério da Saúde. Essas entidades podem ser certificadas, desde que: sejam qualificadas como entidades de saúde, e comprovem ações e serviços de promoção da saúde.

01 - balanço patrimonial, contendo: 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) constituição das provisões; e
- c) depreciações;

02 - demonstração das mutações do patrimônio líquido, contendo:

- a) saldos iniciais e finais do exercício fiscal anterior ao do requerimento;
- b) ajustes de exercícios anteriores; e
- c) destinações do superávit/déficit do exercício;

03 - demonstração dos fluxos de caixa, contendo:

- a) montante dos fluxos de caixa operacional, segregado por área de atuação; e
- b) pagamentos de caixa para aquisição de imobilizado, no que couber;

04 - demonstração do resultado do exercício, contendo:

- a) receita bruta anual auferida, devidamente discriminada e segregada por área de atuação;

- b) detalhamento das despesas e custos ocorridos, devidamente discriminados por área de atuação, além das despesas com gratuidade, quando couber, sem prejuízo das demais despesas;
- c) superávit ou déficit do exercício; e
- d) valor do benefício fiscal usufruído.

05 - notas explicativas, com receitas e despesas segregadas por área de atuação da entidade, contendo:

- a) resumo das principais práticas contábeis;
- b) critérios de apuração e detalhamento das receitas e despesas, especialmente com doações, subvenções, convênios, contribuições e aplicação de recursos;
- c) detalhamento, por elemento de despesa, das ações de gratuidade na área de saúde, bem como o respectivo critério de apuração; e
- d) o valor dos benefícios fiscais usufruídos.

06 - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, para a execução de ações e serviços de promoção da saúde, devendo conter a descrição das ações e serviços de promoção da saúde pactuados com o gestor do SUS.

A atividade de promoção da saúde deve ser realizada sem contraprestação do usuário.

Não pode ser vendido serviço particular.

VIII - pela execução de ações exclusivamente de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade em conformidade com o artigo nº 8-B da Lei nº 12.101, de 2009

Artigo nº 149, 173, Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017

Artigo nº 149. Excepcionalmente, será admitida a certificação de entidades que prestem serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as comunidades terapêuticas, que executem exclusivamente ações de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade como:

- I - grupos de mútua ajuda;
- II - reinserção social, através do oferecimento de espaço e atendimento para reinserção social de pessoas dependentes após o período de acolhimento, para os que continuam em situação de vulnerabilidade social ou pessoal;
- III - formação, capacitação ou orientação de pessoas que atendam ou lidam com dependentes químicos e seus familiares ou com dependência química;
- IV - orientação de entidades que atuam na área de dependência química;
- V - orientação e aconselhamento de pessoas que necessitam ou procuram informações na área da dependência química;
- VI - defesa e garantia de direitos das pessoas afetadas pela dependência química;
- VII - atendimentos ambulatoriais de dependentes e familiares;
- VIII - edição e distribuição de material informativo de prevenção, acompanhamento, acolhimento, tratamento e dependência química;
- IX - acolhimento e/ou abordagem de usuários moradores de rua;
- X - visitação e acompanhamento de dependentes e familiares, antes, durante e depois do acolhimento/tratamento;
- XI - capacitação de residentes em diversos ofícios ou áreas do conhecimento, inclusive educação complementar, básica, de informática etc; e
- XII - outras pactuadas com gestor do SUS.

Para fins do cálculo de da aplicação da gratuidade, as receitas provenientes de subvenção pública e as despesas decorrentes não devem incorporar a receita bruta e o percentual aplicado em ações de gratuidade.

O atendimento dos requisitos do artigo nº 149 dispensa a observância das exigências previstas no artigo 146, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

01 - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, para a execução das ações de gratuidade em promoção da saúde, contendo o elenco de procedimentos regulados, a serem prestados pela entidade aos usuários do SUS;

02 - balanço patrimonial, contendo:

- 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) constituição das provisões; e
- c) depreciações.

03 - demonstração das mutações do patrimônio líquido, contendo:

- a) saldos iniciais e finais do exercício fiscal anterior ao do requerimento;
- b) ajustes de exercícios anteriores; e
- c) destinações do superávit/déficit do exercício;

04 - demonstração dos fluxos de caixa, contendo:

- a) montante dos fluxos de caixa operacional, segregado por área de atuação; e
- b) pagamentos de caixa para aquisição de imobilizado, no que couber;

05 - demonstração do resultado do exercício, contendo:

- a) receita bruta anual auferida, devidamente discriminada e segregada por área de atuação;
- b) detalhamento das despesas e custos ocorridos, devidamente discriminados por área de atuação, além das despesas com gratuidade, quando couber, sem prejuízo das demais despesas;
- c) superávit ou déficit do exercício; e
- d) valor do benefício fiscal usufruído;

06 - notas explicativas, com receitas e despesas segregadas por área de atuação da entidade, contendo:

- a) resumo das principais práticas contábeis;
- b) critérios de apuração e detalhamento das receitas e despesas, especialmente com doações, subvenções, convênios, contribuições e aplicação de recursos;
- c) detalhamento, por elemento de despesa, das ações de gratuidade na área de saúde, bem como o respectivo critério de apuração; e
- d) o valor dos benefícios fiscais usufruídos;

5.3. O que é o relatório de Atividades

Relatório de atividades é um requisito para o requerimento do CEBAS que deve conter as atividades desempenhadas no exercício fiscal anterior ao requerimento, destacando informações sobre o público atendido, as ações desenvolvidas e realizadas para o SUS e os recursos envolvidos, devendo ser assinado pelo representante legal, conforme artigo 3º, IV, do Decreto nº 8.242/2014, e artigo 169, IV, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

5.4. Quais são os sistemas gerenciais utilizados no processo de certificação na área da Saúde

- [Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde](#) (CNES);
- [Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS](#) (SIA/SUS);
- [Sistema de Informações Hospitalares do SUS](#) (SIH/SUS);
- [Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial](#) (CIHA);
- [Sistema de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde](#) (SisCEBAS).

5.5. Qual é a importância desses sistemas para a certificação na área da Saúde

Os sistemas utilizados na certificação constituem bases de dados mantidas pelo Ministério da Saúde (SIA/SIH/CIHA/CNES), e servem para o gerenciamento eficiente e eficaz da gestão do SUS, comprovando a efetiva prestação de serviços ao SUS.

A utilização do SisCEBAS proporciona maior celeridade no protocolo, diminuindo o tempo de análise dos processos, já que os atos podem ser realizados de forma imediata.

5.6. Quem é responsável por alimentação dos sistemas do SUS

O artigo nº 5º da Lei 12.101, de 27/11/2009, combinado com os artigos nº 2º e 7º, da Portaria GM/MS nº 1.171, de 19/05/2011, estabelece que todas as unidades de saúde situadas no Brasil devem informar ao Ministério da Saúde, no Sistema de Informação do SUS (CIHA), Portaria SAES/MS nº 147/2012, e a Portaria SAES/MS nº 472/2008 (SIH E SIA) por intermédio dos gestores Municipais ou Estaduais de Saúde, a ocorrência de todos os atendimentos ambulatoriais e internações SIH e SIA (usuários SUS) e CIHA (usuários não SUS).

A entidade é responsável por enviar os dados para a Secretaria de Saúde, e por sua vez o gestor é o responsável pela alimentação dos sistemas de informação do SUS. Ele cadastra os estabelecimentos de saúde no CNES, mantendo-o atualizado, e processa a produção ambulatorial e hospitalar (SUS e não SUS) no SIA, no SIH e na CIHA.

No processo de certificação, utiliza-se o CNES como ferramenta de consulta de informações sobre a infraestrutura e o funcionamento das entidades, sobre os dados das mantenedoras e das mantidas, entre outras, o que possibilita a análise das metas pactuadas nos instrumentos contratuais. O SIA, o SIH e a CIHA permitem a verificação dos serviços prestados (SUS e não SUS) pelas entidades certificadas ou que pretendam adquirir o CEBAS.

Observamos que caso as bases de dados não estejam atualizadas, inclusive pelos Gestores de Saúde, poderá gerar o indeferimento ou cancelamento do CEBAS da entidade.

5.7. Como é feita a apuração da prestação anual de serviços do SUS

Por meio de cálculo percentual simples, com base no total de internações hospitalares e no total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais realizados pela entidade (SUS e não SUS). Para o cálculo, as internações hospitalares são medidas por paciente-dia e o ambulatório por número de atendimentos/procedimentos.

Para fins de comprovação da prestação de serviços ao SUS, observa-se a participação do componente ambulatorial no percentual máximo de 10%.

5.8. O que é Paciente-Dia, e como calcular

É a unidade de medida de permanência hospitalar de um paciente nas 24 horas de internação. Na certificação, o número de pacientes-dia é obtido pelo número de diárias de cada internação pelo SUS e por convênios particulares (Não SUS).

O número total de paciente-dia é identificado por meio do somatório das permanências de cada paciente que foram internados pelo SUS, assim como por convênios particulares.

Exemplo:

Uma internação hospitalar com duração de 10 dias (permanência) = 10 pacientes-dia.

Uma internação hospitalar com duração de 13 dias (permanência) = 13 pacientes-dia.

Uma internação hospitalar com duração de 30 dias (permanência) = 30 pacientes-dia.

Total: 53 pacientes-dia

5.9. O que é Número de Atendimentos/procedimentos, e como calcular

É a unidade de medida de atendimento ambulatorial.

Corresponde ao total de procedimentos/atendimentos realizados no ambulatório.

Exemplo:

2 atendimentos + 8 exames laboratoriais = 10 procedimentos

Observação:

Não se utiliza “paciente-dia” como unidade de medida na apuração dos atendimentos/procedimentos ambulatoriais.

Confira os dados registrados nos sistemas de informação do SUS:

Os dados registrados no SIH, no SIA e na CIHA são utilizados pelo MS para a comprovação da prestação de serviços ao SUS. Portanto, tais informações devem refletir a realidade dos serviços prestados pela entidade.

Antes de solicitar o CEBAS, procure observar se os dados registrados nos sistemas são compatíveis com aqueles informados no Relatório de Atividades.

As informações constantes no referido relatório sobre as internações hospitalares, detalhadas por paciente dia, devem estar segregadas por usuários que utilizam o SUS e usuários que não utilizam o SUS, assim como os atendimentos/procedimentos ambulatoriais.

Se houver alguma divergência, solicite ao gestor do SUS uma declaração que esclareça a diferença e a apresente ao MS, juntamente com os demais documentos necessários à certificação. Deste modo, você torna seu processo mais consistente e evita diligências.

5.10. Como é feito o cálculo do percentual de prestação de serviços do SUS

A partir das informações registradas no SIH, no SIA e na CIHA, obtém-se o número de pacientes-dia e de atendimentos/procedimentos ambulatoriais (SUS e não SUS).

A seguir, apresentamos o **passo a passo** para o cálculo do percentual de prestação de serviços ao SUS. Neste exemplo, o hospital presta serviço ambulatorial e de internação e desenvolve três ações prioritárias:

Passo 1 – Calcule o total de pacientes-dia e apure o percentual de internações hospitalares/SUS:

72.989	Pacientes-dia/SUS
+ <u>58.627</u>	Pacientes-dia/Não SUS
131.616	Pacientes-dia TOTAL

$$\begin{array}{cc} 131.616 & 100\% \\ 72.989 & X\% \end{array}$$

$$\begin{aligned} 131.616 * X &= (72.989) * (100) \\ 131.616 \quad X &= 7.298.900 \\ X &= (7.298.900) / (131.616) \\ X &= 55,46 \end{aligned}$$

**72.989 pacientes-dia/ SUS
correspondem a 55,46% do total
de internações hospitalares**

Observação:

Se a entidade atingir o percentual mínimo de 60% da prestação de serviços ao SUS por SUS, por meio das internações hospitalares, considera-se o requisito cumprido.

Observação:

Destacamos que, no cálculo do percentual de prestação de serviços ao SUS, caso a entidade não atinja o percentual acima do mínimo de 60% com base nas internações hospitalares medidas por paciente-dia, PODE ser agregado o componente ambulatorial de atendimentos SUS, de no máximo 10% (dez) por cento conforme o disposto no § 3º do artigo nº 158 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

No artigo nº 159 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, prevê que a entidade de saúde que aderir a programas e estratégias prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde também fará jus a um acréscimo a ser adicionado ao total da prestação de serviços ofertados ao SUS, observado o limite máximo de 10% (dez por cento), sendo eles: Atenção obstétrica e neonatal; Atenção oncológica; Atenção às urgências e emergências, atendimentos voltados a pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do abuso ou dependência de álcool, crack e outras drogas; Atenção à saúde da pessoa com deficiência; Hospital de ensino.

Há uma terceira possibilidade de aumento do percentual de atendimento ao SUS, conforme o artigo nº 4º, § 2º, da Lei nº 12.101/2009. Como uma forma de fomento de uma atividade de interesse social prestada por entidades sem fins lucrativos, podem ser realizados contratos de gestão, usados como forma de transferência do gerenciamento de unidades públicas de saúde. O cálculo para cumprimento do percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de prestação de serviços ao SUS poderá ser realizado de modo individualizado 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). No conjunto de estabelecimentos de saúde da pessoa jurídica PODE ser incorporado ao percentual de atendimento ao SUS, no limite de 10% (dez por cento), aquele vinculado por força de contrato de gestão.

Passo 2 – Calcule o total de atendimentos/procedimentos e apure o percentual de procedimentos ambulatoriais/SUS:

213.102	Atendimentos/procedimentos/SUS
+ 433.690	Atendimentos/procedimentos /Não SUS
646.792	TOTAL Atendimento/procedimentos ambulatoriais

646.792	$\times$	100%
213.102	$\times$	X%

$$\begin{aligned}
 646.792 * X &= (213.102) * (100) \\
 646.792 X &= 21.310.200 \\
 X &= (21.310.200) / (646.792) \\
 X &= 32,95
 \end{aligned}$$

**213.102 atendimentos/procedimentos/ SUS
correspondem a 32,95% do total de
atendimentos/procedimentos realizado**

Observação:

O atendimento/procedimento ambulatorial pode ser incorporado à prestação de serviços ao SUS no percentual máximo de 10%.

Passo 3 – Apure o percentual a ser adicionado em decorrência das três ações prioritárias desenvolvidas pela entidade em questão, considerando 1,5% para cada ação:

Atenção obstétrica e neonatal	1,50
Atenção oncológica	+ 1,50
Atenção às urgências e emergências	<u>1,50</u>
	4,50

As três ações prioritárias desenvolvidas permitem adicionar 4,5% ao total de serviços prestados ao SUS

Observação:

As ações prioritárias são consideradas no cálculo dos serviços prestados ao SUS quando ocorre a adesão do município às Redes de Atenção à Saúde. As ações desenvolvidas pelas entidades devem estar formalizadas em instrumento contratual.

Passo 4 – Totalize o percentual de serviços prestados ao SUS:

Percentual de paciente-dia SUS	55,46
10% de atendimentos/procedimentos ambulatoriais	+ 10,00
Ações prioritárias (passo 3)	<u>4,50</u>
	69,96

Os serviços de internação hospitalar e de atendimento/procedimento ambulatorial, prestados ao SUS, acrescidos dos percentuais das ações prioritárias, totalizaram 69,96% dos serviços prestados pela entidade.

Observação:

Neste caso, a entidade **CUMPRE** o requisito de prestação de serviços ao SUS.

5.11. Como se calcula o percentual de prestação de serviços do SUS, considerando-se o conjunto de estabelecimentos da entidades

O conjunto de estabelecimentos da entidade é constituído por **matriz e filiais** de ***mesma raiz de CNPJ***, modificada pelo número sequencial.

Exemplo:

CNPJ da matriz = 99.999.824/0001-54

CNPJ da filial = 99.999.824/0002-28

Para calcular-se o percentual da prestação de serviços ao SUS do conjunto de estabelecimentos da entidade requerente, executam-se os passos 1 a 4 (item 5.10), com base no total das internações hospitalares medidas por paciente-dia e dos atendimentos/procedimentos ambulatoriais (SUS e não SUS) da matriz e de cada uma de suas filiais, conforme mostra o exemplo a seguir:

Composição do percentual de serviços prestados ao SUS, considerando-se uma entidade (matriz) com três estabelecimentos de saúde (filiais)

1. Com base no total de pacientes-dia, executa-se o passo 1 (item 5.10)

Conjunto	Pacientes-dia (SUS)	Pacientes-dia (não SUS)	Pacientes-dia (total)
Matriz	43.789	26.882	70.671
Filial 1	21.200	19.625	40.825
Filial 2	8.000	10.100	18.100
Filial 3	0	2.020	2.020
Total	72.989	58.627	131.616

Quadro 01

2. Com base no total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais, executa-se o passo 2 (item 5.10)

Conjunto	Atendimentos/ Procedimentos (SUS)	Atendimentos/ Procedimentos (não SUS)	Atendimentos/ Procedimentos (total)
Matriz	108.215	200.715	308.930
Filial 1	58.630	141.455	200.085
Filial 2	46.257	83.120	129.377
Filial 3	0	8.400	8.400
Total	102.	690.	646.792

Quadro 02

3. Após a apuração dos percentuais de pacientes-dia e de atendimentos/procedimentos ambulatoriais, executam-se normalmente os passos 3 e 4 (item 5.10)

Observação:

Se a matriz não for um estabelecimento de Saúde, devem-se considerar apenas os serviços prestados pelas filiais.

Atente para o cumprimento do § 2º do artigo nº 4º da Lei nº 12.101/2009:

Quando a entidade requerente possuir estabelecimentos a ela vinculados por força de contrato de gestão, poderão ser incorporados ao total de sua produção aqueles serviços prestados ao SUS pelo total dos Contratos de Gestão.

O limite para a incorporação dos serviços prestados ao SUS pelo total dos Contratos de Gestão é de, no máximo, 10% da produção total da entidade requerente (matriz e filiais – SUS e Não SUS).

A entidade requerente deve possuir produção própria de serviços de internação hospitalar e/ou de atendimentos/procedimentos ambulatoriais.

São considerados como produção própria aqueles serviços prestados pelo conjunto de estabelecimentos com a mesma raiz de CNPJ (matriz e filiais).

Quanto às entidades gestoras de unidades públicas que não apresentam produção própria em nenhuma das modalidades de certificação, esclarecemos que, de acordo com o disposto no artigo nº 4º, §§ 1º e 2º, da Lei nº 12.101/2009, não há possibilidade de uma pessoa jurídica, Organização Social ou não, somente administrar ou gerenciar estabelecimento de outra pessoa jurídica, devendo ela mesma também ter produção própria ou prestar diretamente serviços ao SUS para fins de fazer jus à obtenção do certificado de entidade beneficente de assistência social. Em outras palavras, não há fundamento legal para certificação de entidades que tão somente gerenciam serviços públicos, comumente chamadas de entidades que gerenciam serviços de terceiros, aspecto que é vedado expressamente por lei. Tal entendimento foi confirmado no Parecer nº 223/EHSN/CODELEGIS/COGEJURCONJUR-MS/AGU.

O exemplo, a seguir, demonstra como ocorre a incorporação dos serviços prestados pelas entidades vinculadas à requerente por força de Contrato de Gestão, no caso de um conjunto de estabelecimentos composto pela matriz, duas filiais (com a mesma raiz de CNPJ da matriz) e duas entidades vinculadas por Contrato de Gestão:

1. Calcula-se o total de paciente-dia da matriz e de suas filiais e executa-se o passo 1 (ver item 5.10)

Conjunto	Pacientes-dia (SUS)	Pacientes-dia (não SUS)	Pacientes-dia (total)
Matriz	10.978	6.228	17.206
Filial 1	5.480	4.350	9.830
Filial 2	0	1.840	1.840
Total	16.458	12.418	28.876

Quadro 03

28.876	X	100%		(28.876) * X	=	(16.458) * (100)
16.458		X%		28.876 X	=	1.645.800
				X	=	(1.645.800) / (28.876)
				X	=	57 %

2. Calcula-se o total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais da matriz e das filiais e executa-se o passo 2 (ver item 5.10)

Conjunto	Atendimentos/ procedimentos (SUS)	Atendimentos/ procedimentos (não SUS)	Atendimentos/ procedimentos (total)
Matriz	210.180	230.571	440.751
Filial 1	65.800	154.388	220.188
Filial 2	75.645	7.540	83.185
Total	351.625	392.499	744.124

Quadro 04

744.124	X	100%		$(744.124) * X$	=	$(351.625) * (100)$
351.625		X%		$744.124X$	=	35.162.500
				X	=	$(35.162.500) / (744.124)$
				X	=	47,25 %

3. Calcula-se o total de pacientes-dia SUS de todas as entidades vinculadas por Contrato de Gestão (ver item 5.10)

Vinculação	Pacientes-dia (SUS)	Pacientes-dia (não SUS)	Pacientes-dia (total)
Contrato de Gestão 1	93.715	0	93.715
Contrato de Gestão 2	140.320	0	140.320
Total dos Contratos	234.035	0	234.035

Quadro 05

4. Calcula-se o total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais SUS de todas as entidades vinculadas por Contrato de Gestão (ver item 5.10)

Vinculação	Atendimentos/ procedimentos (SUS)	Atendimentos/ procedimentos (não SUS)	Atendimentos/ procedimentos (total)
Contrato de Gestão 1	868.350	0	868.350
Contrato de Gestão 2	403.230	0	403.230
Total dos Contratos	1.271.580	0	1.271.580

Quadro 06

Observação:

Neste exemplo, o total de pacientes-dia SUS das duas entidades vinculadas por Contrato de Gestão é de 234.035 e o total de atendimentos/procedimentos é de 1.271.580.

Considerando que o limite para a incorporação desses serviços é de 10% da produção total da requerente, é permitido à entidade requerente acrescentar ao total de seus serviços prestados ao SUS (matriz e filiais) o quantitativo de 2.888 pacientes-dia (quadro 03) e 74.412 atendimentos/procedimentos realizados pelas entidades vinculadas.

5. Acrescenta-se ao total de pacientes-dia SUS da requerente o quantitativo permitido de pacientes-dia do total dos Contratos de Gestão (10% do total de pacientes-dia da requerente) e executa-se o passo 1 (ver item 5.10)

Conjunto de Estabelecimentos	Pacientes-dia (SUS)	Pacientes-dia (não SUS)	Pacientes-dia (total)
Pacientes-dia (Matriz + Filiais)	16.458	12.418	28.876
Contratos de Gestão (limite permitido)	2.888	-	2.888
Total de Pacientes-dia	19.346	12.418	31.764

Quadro 07

31.764	X	100%		(31.764) * X	=	(19.346) * (100)
19.346		X%		31.764X	=	1.934.600
				X	=	(1.934.600) / (31.764)
				X	=	61 %

6. Acrescenta-se ao total de atendimentos/procedimentos SUS da entidade requerente o quantitativo permitido de atendimentos/procedimentos SUS do total dos Contratos de Gestão (10% do total de atendimentos/procedimentos da requerente) e executa-se o passo 2 (ver item 5.10)

Conjunto de Estabelecimentos	Atendimentos/procedimentos (SUS)	Atendimentos/procedimentos (não SUS)	Atendimentos/Procedimentos (total)
Atendimentos (Matriz + Filiais)	351.625	392.499	744.124
Contratos de Gestão (limite permitido)	74.412	0	74.412
Total de Atendimentos	426.037	392.499	818.536

Quadro 08

			$(818.536) * X$	$(426.037) * (100)$
818.536	X	100%	$818.536 X =$	42.603.700
426.037		X%	$X =$	$(42.603.700) / (818.536)$
			$X =$	52%

Observações:

1. O acréscimo dos serviços referentes ao total dos Contratos de Gestão implica o ajuste do total de serviços da requerente (matriz e filiais).
2. Neste exemplo, a incorporação dos serviços prestados por meio dos Contratos de Gestão possibilitou o seguinte incremento:
 - a) O percentual de pacientes-dia SUS passou de 57% para 61% – aumento de 4%.
 - b) O percentual de atendimentos/procedimentos ambulatoriais SUS passou de 47% para 52% – aumento de 5%.

7. Totaliza-se o percentual de serviços prestados ao SUS da requerente (ver item 5.10)

Percentual de paciente-dia SUS	61%
10% de atendimentos/procedimentos ambulatoriais	<u>+10%</u>
Total	71%

O percentual de paciente-dia SUS, acrescido de 10% dos atendimentos/procedimentos ambulatoriais SUS, totalizaram 71% de serviços prestados ao SUS pela entidade requerente. Neste exemplo, a entidade cumpre o percentual mínimo de prestação de serviços ao SUS.

5.12. Como se calcula o percentual de prestação de serviços do SUS, considerando-se a média do total de serviços realizados durante todo o período de certificação em curso

Quando a entidade não alcança o percentual mínimo de 60% de serviços prestados ao SUS, utiliza-se como base de cálculo a média total dos últimos anos da certificação em curso, desde que o percentual seja igual ou superior a 50% em cada um dos anos.

1. Com base no total de pacientes-dia, executa-se o passo 1 (item 5.10)

EXERCÍCIO	Pacientes-dia (SUS)	Pacientes-dia (não SUS)	Pacientes-dia (total)	Pacientes-dia (% SUS)
2017	2.526	2.400	4.926	51,28

FONTE: SIH e CIHA/TABWIN/DATASUS/SGEP/MS

Quadro 09

Neste caso, a entidade não atingiu o percentual mínimo de 60% de prestação de serviços ao SUS, porém alcançou o percentual mínimo 50%.

2. Com base no total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais, executa-se o passo 2 (item 5.10)

Observação:

Neste exemplo, a entidade realizou somente atendimentos hospitalares. Assim, a requerente não poderá incorporar o percentual de no máximo 10% de prestação de serviços ao SUS em atendimentos/procedimentos ambulatoriais.

3. Após a apuração dos percentuais de pacientes-dia e de atendimentos/procedimentos, executa-se o passo 3 (item 5.10)

Atenção obstétrica e neonatal	1,50
Atenção oncológica	+ 1,50
Atenção às urgências e emergências	1,50
Total	4,50

As três ações prioritárias desenvolvidas permitem adicionar 4,5% ao total de serviços prestados ao SUS

Neste Ressalta-se que as ações prioritárias desenvolvidas pela entidade foram formalizadas em instrumento contratual.

Observação:

A utilização do percentual em ações prioritárias não deverá ultrapassar o limite máximo de 10%, para fins de comprovação da prestação anual de serviços ao SUS.

4. Apuração dos percentuais de pacientes-dia e de atendimentos/procedimentos ambulatoriais. Executa-se o cálculo com base na a média do total de prestação de serviços ao SUS realizados durante todo o período de certificação em curso.

EXERCÍCIOS	Pacientes-dia (SUS)	Pacientes-dia (não SUS)	Pacientes-dia (total)	Pacientes-dia (% SUS)
2016	3.041	2.530	5.571	54,59
2017	2.526	2.400	4.926	51,28
2018	2.946	1.025	3.971	74,19
TOTAL	8.513	5.955	14.468	60,02

FONTE: SIH e CIHA/TABWIN/DATASUS/SGEP/MS
Quadro 10

Neste exemplo, a entidade atingiu uma média de 60% de internações hospitalares realizadas para o SUS, e em nenhum dos anos do período de certificação, a entidade deixou de cumprir o total mínimo de 50%, portanto cumpre o requisito.

7. Totaliza-se o percentual de serviços prestados ao SUS da requerente (ver item 5.10)

EXERCÍCIOS	Pacientes-dia (% SUS)	10% de atendimentos/ procedimentos ambulatoriais	1,5% de cada ação prioritária desenvolvida	TOTAL
2016	54,59	0	4,5	59,09
2017	51,28	0	4,5	55,78
2018	74,19	0	4,5	78,69
TOTAL				64,52

FONTE: SIH e CIHA/TABWIN/DATASUS/SGEP/MS
Quadro 11

O percentual de paciente-dia SUS, acrescido de 10% dos atendimentos/procedimentos ambulatoriais SUS (no exemplo a entidade não realizou ambulatório), e do percentual das ações prioritárias, totalizaram 64,52% de serviços prestados ao SUS pela entidade requerente. Neste exemplo, a entidade cumpre o percentual mínimo de prestação de serviços ao SUS.

6 Monitoramento e Controle

Para a entidade filantrópica ser certificada e permanecer com a certificação, é indispensável o preenchimento e manutenção de todos os requisitos legais.

Segundo o artigo nº 25 da Lei nº 12.101/09, relata que caso a qualquer tempo seja verificado a inobservância de exigência estabelecida na Lei, será cancelada a certificação, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

O artigo nº 27 da Lei nº 12.101/09, indica o rol de competentes para representar contra a entidade caso seja observado a prática de irregularidade, como também informa que a representação será dirigida ao Ministério que concedeu a certificação e conterà a qualificação do representante.

Conforme o artigo nº 15, do Decreto nº 8.242/2014, compete aos Ministérios supervisionar as entidades certificadas e zelar pela manutenção do cumprimento dos requisitos necessários à certificação, podendo, a qualquer tempo, determinar a apresentação de documentos, a realização de auditorias ou o cumprimento de diligências.

Caso seja constatado o descumprimento dos requisitos necessários à sua obtenção ou manutenção do Certificado, a certificação será cancelada a partir da ocorrência do fato gerador pelo Ministério da área preponderante da entidade, artigo nº 16, do Decreto nº 8.242/2014.

6.1. Supervisão

Todas as entidades que atuem de forma preponderante em saúde e tenham o certificado deferido serão supervisionadas para verificação do cumprimento dos requisitos para todo período de certificação.

Conforme o artigo nº 190, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, o Departamento realizará a abertura da Supervisão, cabendo à entidade, quando solicitada, apresentar os documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos durante todo período de validade do certificado, no prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável por igual período, contado da data de recebimento da notificação.

O DCEBAS/SAES/MS supervisionará também as entidades que não atuem de forma preponderante na área da saúde, devendo notificar a autoridade certificadora sobre o descumprimento dos requisitos necessários à manutenção da certificação na área da saúde, para que promova seu cancelamento.

6.2. Representação

No caso de prática de irregularidade pela entidade certificada, são competentes para representar, motivadamente, ao Ministério da Saúde, sem prejuízo das atribuições do Ministério Público, segundo o artigo nº 193, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017:

- a) o gestor municipal, distrital ou estadual do SUS;
- b) a Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- c) os conselhos de acompanhamento e controle social previstos na Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007, e os Conselhos de Assistência Social e de Saúde; e
- d) o Tribunal de Contas da União.

A representação será realizada por meio eletrônico ou físico, dirigida ao Secretário de Atenção Especializada à Saúde, e deverá conter a qualificação do seu autor, a descrição dos fatos a serem apurados e, sempre que possível, a documentação e as informações para o esclarecimento do pedido.

Os processos de requerimento de renovação da certificação e de representação, que estejam em tramitação concomitante, serão julgados simultaneamente.

O DCEBAS/SAES/MS poderá arquivar a representação no caso de insuficiência ou de não apresentação das informações solicitadas na forma do inciso II do "caput".

A defesa da representação apresentada tempestivamente, será analisada no âmbito do DCEBAS/SAES/MS por equipe diversa da que analisou o requerimento de certificação, que emitirá parecer conclusivo, artigo nº 194, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

Julgada improcedente a representação, será dada ciência à Secretaria da Receita Federal do Brasil, e o processo correspondente será arquivado. Caso a representação seja julgada procedente, caberá recurso, artigo nº 196 e 197, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

6.3. Denúncia

Em caso de denúncias referentes ao CEBAS serão apuradas no âmbito do Departamento, podendo ensejar a abertura de processo de cancelamento do CEBAS, conforme disposto no artigo nº 198, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

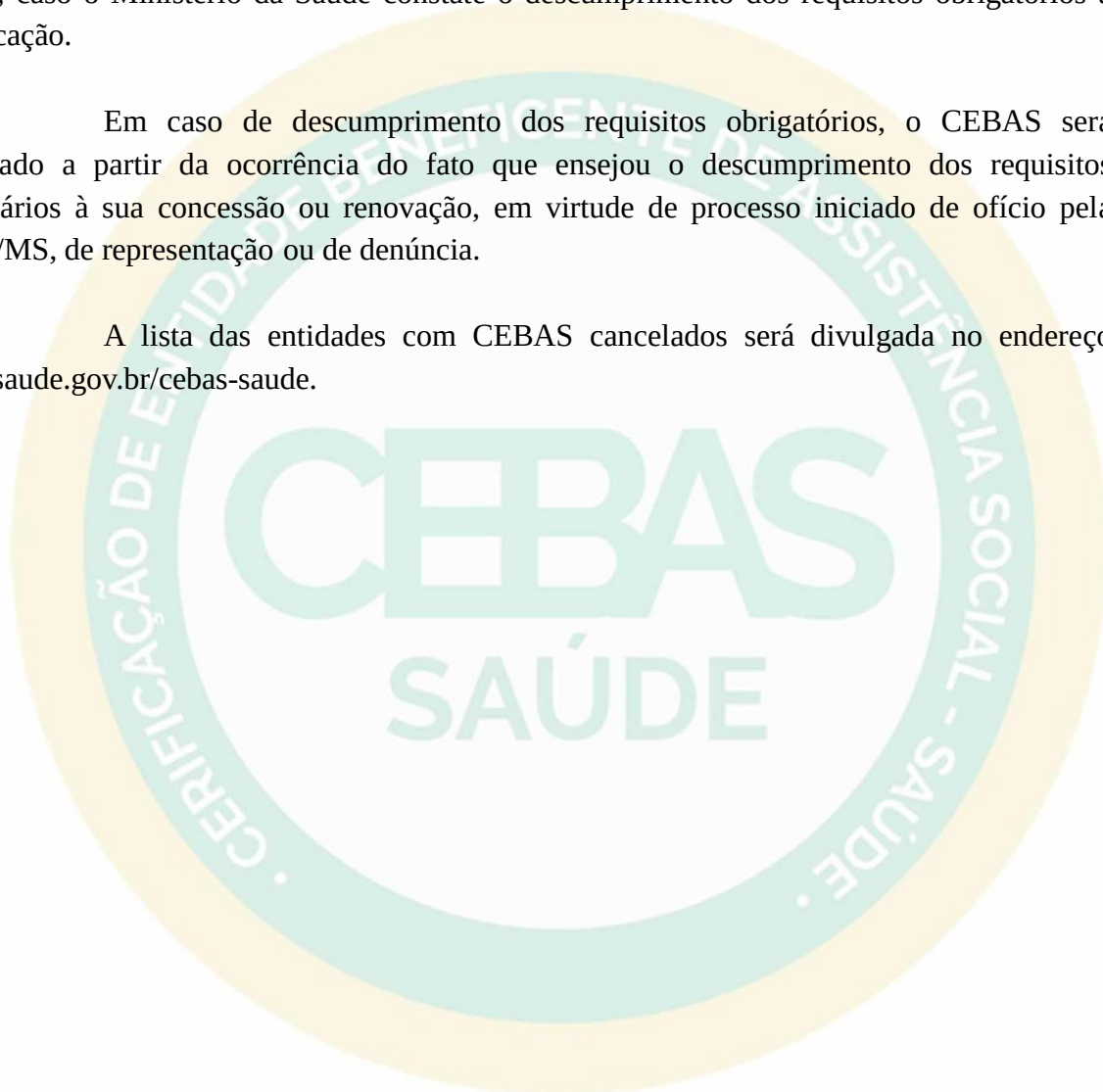
As denúncias sobre irregularidades, no âmbito do SUS, cuja apuração não seja de competência do Departamento, serão encaminhadas a outras áreas do Ministério da Saúde, órgãos de controle interno e externo e ao Ministério Público, quando cabível.

6.4. Cancelamento do CEBAS

Como disposto no artigo nº 199, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, a entidade certificada deverá atender às exigências previstas na legislação durante todo o período de validade do CEBAS, sob pena de cancelamento da certificação a qualquer tempo, caso o Ministério da Saúde constate o descumprimento dos requisitos obrigatórios à certificação.

Em caso de descumprimento dos requisitos obrigatórios, o CEBAS será cancelado a partir da ocorrência do fato que ensejou o descumprimento dos requisitos necessários à sua concessão ou renovação, em virtude de processo iniciado de ofício pela SAES/MS, de representação ou de denúncia.

A lista das entidades com CEBAS cancelados será divulgada no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude.



7 Recursos

Da decisão que indeferir o requerimento de concessão ou renovação ou que cancelar o CEBAS caberá recurso, dirigido ao Secretário de Atenção Especializada à Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de sua publicação, artigo nº 200, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

7.1. Contagem do prazo para os recursos

O prazo para protocolar recurso é de 30 (trinta) dias, contado da data de sua publicação em Diário Oficial da União – DOU.

Os recursos protocolados fora do prazo previsto em lei não serão conhecidos, sendo arquivados no Departamento.

Exemplo:

Decisão de Indeferimento ou Cancelamento publicada em Diário Oficial da União - DOU em 29/07/2019 – segunda-feira:

Início da contagem dos 30 dias no dia 30/07/2019 – terça-feira – (1º dia para a contagem). Fim da contagem: 28/08/2019 (30 dias).

Decisão de Indeferimento ou Cancelamento publicada em Diário Oficial da União - DOU em 02/08/2019 – sexta-feira:

Início da contagem dos 30 dias no dia 05/08/2019 – segunda-feira – (1º dia para a contagem). Fim da contagem: 03/09/2019 (30 dias).

* Caso o fim do prazo caia em um dia de sábado, domingo ou feriado, é prorrogado para o próximo dia útil.

7.2. Onde protocolar os recursos

O recurso da decisão de indeferimento ou cancelamento do CEBAS deverá ser protocolado através do sistema SisCEBAS, devidamente assinado pelo representante legal e acompanhado das razões recursais e documentos correspondentes.

Excepcionalmente, o protocolo do recurso poderá ser feito pessoalmente no Ministério da Saúde ou via correios.

7.3. Análise dos recursos

O recurso apresentado será analisado no âmbito do DCEBAS/SAES/MS, que emitirá parecer conclusivo e o submeterá à apreciação do Secretario de Atenção Especializada à Saúde, para decisão.

Acolhido o recurso, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES publicará a reforma de sua decisão por meio de portaria no Diário Oficial da União – DOU, artigo nº 202, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

O recurso não acolhido é encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde para julgamento, por meio da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde – CONJUR/MS. Após o recebimento do recurso pelo Gabinete do Ministro será aberto prazo de 15 (quinze) dias para Consulta Pública, publicada em Diário Oficial da União – DOU, artigo nº 203, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

A manifestação da sociedade civil é feita por meio eletrônico não sendo admitidas manifestações encaminhadas sem a identificação do autor.

Posteriormente, é publicada a decisão final do processo de CEBAS por meio de Despacho do Ministro, no Diário Oficial da União – DOU.

8 Outras Informações

8.1. Contabilidade

Conforme o artigo nº 169, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017:

- a) As demonstrações contábeis serão relativas ao exercício fiscal anterior ao do requerimento do CEBAS e elaboradas por profissional legalmente habilitado, atendidas as normas do Conselho Federal de Contabilidade.
- b) As entidades cuja receita bruta anual for superior ao limite máximo estabelecido no inciso II do "caput" do artigo 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, deverão submeter sua escrituração a auditoria independente realizada por instituição credenciada junto ao Conselho Regional de Contabilidade.
- c) Na apuração da receita bruta anual, item "b", também serão computadas as receitas provenientes de vendas de serviços, de aplicações financeiras, de locação e vendas de bens, assim como das doações e das subvenções recebidas ao longo do exercício fiscal, em todas as atividades realizadas.
- d) O parecer da auditoria de que trata o item "b", deverá seguir as Normas Brasileiras de Contabilidade vigentes, além de expressar, clara e objetivamente, se as demonstrações contábeis auditadas representam a real situação patrimonial e financeira da entidade.
- e) Todas as demonstrações contábeis exigidas deverão atender aos Princípios de Contabilidade e às Normas Brasileiras e Internacionais de Contabilidade vigentes na data de elaboração dos documentos.
- f) As despesas e custos incorridos em ações de gratuidade na área de saúde deverão estar devidamente evidenciadas na demonstração do resultado do exercício, no que couber, sem prejuízo das demais despesas.

8.2. Placa Indicativa

A entidade certificada com CEBAS deverá manter, em local visível ao público, placa indicativa contendo informações sobre a sua condição de beneficente na área de saúde, de acordo com o modelo constante no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude, artigo nº 206, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

8.3. Publicidade das Informações

As informações sobre a tramitação dos processos administrativos que envolvam a concessão, renovação ou cancelamento do CEBAS serão disponibilizadas no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude, artigo nº 207, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

8.4. Audiências Presenciais

Os pedidos de audiências junto ao DCEBAS/SAES/MS devem ser previamente agendados pelas entidades por meio do telefone: (61) 3315-6108.

8.5. Consultas aos autos e pedido de cópia

A consulta aos autos pode ser realizada pelos SisCEBAS.

Os pedidos de consulta presenciais aos autos e pedido de cópia devem ser realizados por meio do e-mail: cebas.saude@saude.gov.br

Esclarecemos que conforme o artigo nº 208, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, a consulta e cópia dos autos do processo de certificação restringe-se ao representante legal da entidade ou a seu procurador devidamente identificado, ou advogado por força do Estatuto da Ordem dos Advogados.

O fornecimento da cópia do processo, física ou digital, dar-se-á mediante o recolhimento dos custos à União, sendo disponibilizada com o comprovante de pagamento da GRU – Guia de Recolhimento da União.

8.6. Solicitação de Informação ou Declaração de Tempestividade

Os pedidos de informação processual ou de Declaração de Tempestividade devem ser realizados por meio do e-mail: cebas.saude@saude.gov.br, e serão respondidos pelo Departamento preferencialmente por e-mail.

Demais informações podem ser realizados pelo telefone: (61) 3315-6108.

8.7. Lei nº 13.650/2018

A Lei nº 13.650/2018 versa sobre a comprovação do requisito a que se refere o inciso I, do caput do artigo nº 4º, da Lei nº 12.101, de 27/11/2009, para fins de certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde.

“Artigo 4º Para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá, nos termos do regulamento: I - celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS;”.

Nos processos de concessão e renovação do Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social – CEBAS, protocolados até 31/12/2018, ano de **análise até 2017**, conforme o caput do artigo nº 3º, da Lei nº 12.101/2009, será aceita Declaração do Gestor de local do Sistema Único de Saúde (SUS), atestando a existência de relação de prestação de serviços de saúde, sendo considerada como instrumento congênere (o inciso I, do caput do artigo nº 4º, da Lei nº 12.101/2009).

“Artigo 3º A certificação ou sua renovação será concedida à entidade beneficente que demonstre, no exercício fiscal anterior ao do requerimento, observado o período mínimo de 12 (doze) meses de constituição da entidade, o cumprimento do disposto nas Seções I, II, III e IV deste Capítulo, de acordo com as respectivas áreas de atuação, e cumpra, cumulativamente, os seguintes requisitos”.

É válido ressaltar que a Lei nº 13.650/2018 se aplica aos processos de concessão e renovação do Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social – CEBAS pendentes de decisão na data de publicação desta Lei, não se aplicando aos processos arquivados, extintos e com decisão definitiva.

8.8. BNDES Saúde

Os Hospitais sem fins lucrativos atendem em todas as regiões do país, representam cerca de 50% atendimentos e dos procedimentos de média e alta complexidade do SUS, disponibilizam 37,6% do total de leitos disponíveis no Brasil aos pacientes da rede pública, e em 968 municípios a assistência hospitalar é exclusivamente realizada por essas unidades.

Segundo a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), apenas em 2015 foram fechados 218 hospitais sem fins lucrativos, 11 mil leitos e 39 mil postos de trabalho. O segmento também apresenta elevado nível de endividamento, além de dificuldades em aspectos de gestão, governança e eficiência operacional.

Devido à importância do setor filantrópico, em junho de 2019, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES juntamente com o Ministério da Saúde - MS lançou o programa **BNDES Saúde** destinado ao financiamento das *instituições filantrópicas de saúde sem fins lucrativos que prestam atendimentos a usuários do Sistema Único de Saúde - SUS*, utilizando uma nova linha de crédito de R\$ 1 bilhão.

Para participar, os hospitais filantrópicos devem apresentar diagnóstico institucional e plano de ação elaborado por empresa ou instituição independente. Os desembolsos serão parcelados e condicionados ao cumprimento das diretrizes pactuadas com

base no plano de ação.

O BNDES Saúde contará com dois subprogramas: um voltado à implementação de melhorias de gestão, governança e eficiência operacional e outro para implantação, ampliação e modernização das instituições.

O financiamento poderá ser realizado de forma direta, indireta – por meio de agentes financeiros – *ou mista* – com uma parte dos recursos liberada pelo BNDES e outra pelo banco repassador. Sua taxa de juros final será calculada com base na TLP acrescida de 1,3% (remuneração básica do BNDES) e *spread* de risco no caso das operações diretas. Nas operações indiretas, o *spread* de risco do BNDES é substituído pela taxa de intermediação financeira e remuneração do agente financeiro. O prazo máximo da operação pode chegar a 18 anos no apoio a investimentos de modernização ou ampliação das unidades. A fim de ampliar o acesso ao financiamento, o programa poderá operar com uso de recebíveis do SUS, prática no segmento.

O BNDES assinou com o Ministério da Saúde o contrato das Santas Casas. Desse modo, o Fundo Nacional de Saúde – FNS garante que não haverá inadimplência, o Ministério da Saúde repassará os recursos da parcela na data certa, permitindo, dessa forma, que o BNDES trabalhe com uma menor taxa de juros, que será cerca de 9%, enquanto que o mercado trabalha com cerca de 20%.

O programa visa fomentar o setor filantrópico, contribuindo para recuperação financeira destas instituições. Assim, o BNDES busca fornecer uma solução financeira que entregue, além de um crédito, mudanças estruturais nas instituições.

A expectativa é que a iniciativa contribua para a melhora da qualidade do serviço prestado à população com redução do tempo de atendimento e da taxa de mortalidade hospitalar. Esses e outros indicadores serão monitorados e possibilitarão uma avaliação de efetividade do programa.

Além dos recursos de custeio e de outras ações realizadas para qualificar, reforçar e ampliar os atendimentos hospitalares prestados pelo setor filantrópico, o Ministério da Saúde também repassa anualmente mais R\$ 5 bilhões por meio de incentivos e convênios.

8.9. FGTS Saúde

Atualmente, a rede de cuidados no SUS conta com 1.505 unidades de reabilitação filantrópicas que prestam serviços ao SUS. No último censo demográfico (2010) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 45,6 milhões de pessoas declararam ter pelo menos um tipo de deficiência (visual, auditiva, motora ou mental/intelectual), representando 23,9% da população.

Sancionada em junho de 2019, a [Lei nº 13.832/2019](#), criou o **FGTS Saúde**, destina-se a conceder financiamento com recursos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS às *instituições sem fins lucrativos que atendem o SUS e atuam no campo da saúde da pessoa com deficiência* também possam acessar as linhas de crédito, com taxa de juros abaixo do mercado, que serão operacionalizadas pela Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil e Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES. A Lei estabelece prazo até o ano de 2022 para que essas entidades possam acessar os recursos dessas linhas de crédito.

O Programa de crédito **FGTS Saúde** terá as seguintes modalidades:

I - Operações de crédito sem destinação específica; ou

II – Operações de crédito para reestruturação financeira, nas quais deverá ser apresentado aos agentes financeiros o plano de trabalho e de gestão pelas entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos.

Os contratos com as filantrópicas terão como garantia, em relação ao Ministério da Saúde, os recursos repassados mensalmente para Média e Alta Complexidade das instituições. As instituições poderão comprometer até 35% do valor mensal recebido pela pasta nos últimos 12 meses, a fim de custear ações e serviços, como internações, cirurgias e consultas, além de outros recursos federais de incentivo destinados às unidades. O valor disponível para cada unidade dependerá, além do limite da margem consignável (35%), da quantidade de meses em que a instituição vai amortizar a dívida.

A linha de crédito Caixa Hospitais FGTS permitirá operações com prazos de até 60 meses para pagamento, além de uma modalidade para reestruturação de dívidas bancárias das entidades filantrópicas hospitalares, com prazo de pagamento de até 120 meses.

Para solicitar a linha de crédito, as Santas Casas e outras entidades filantrópicas precisam estar contratualizadas com o SUS ou ter limite de produção, por meio das secretarias municipais ou estaduais de Saúde, atuando, assim, de forma complementar à rede de atenção à saúde pública local por um período mínimo de 12 meses consecutivos. Além disso, devem também ter o Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde – CEBAS.

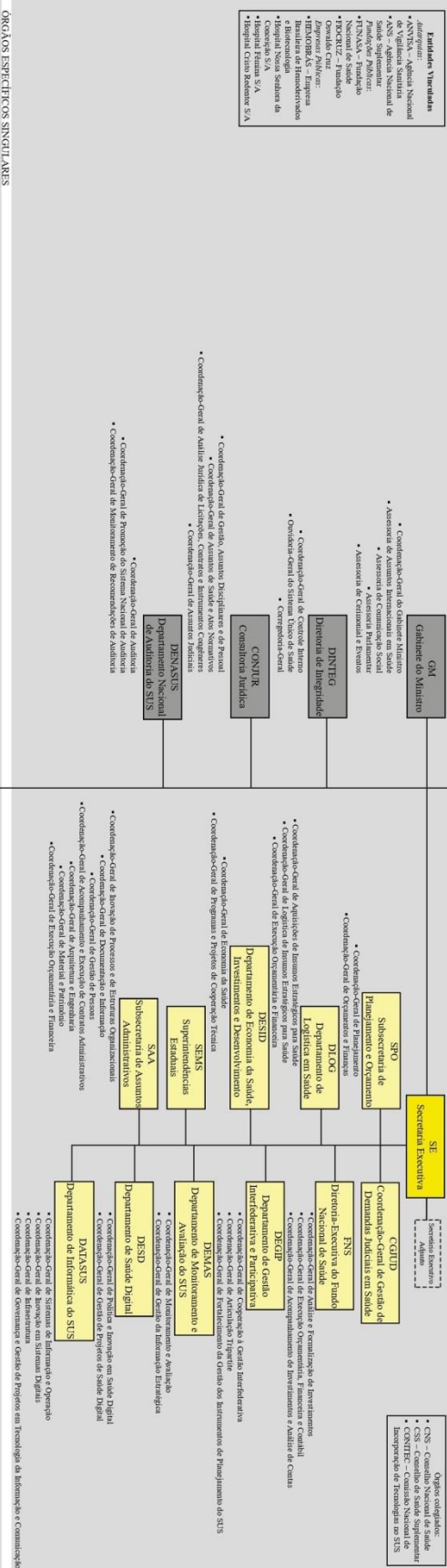
8.10. Relação do CEBAS entre matriz e filiais

A Receita Federal do Brasil, por meio da [Instrução Normativa RFB nº 1.071, de 15/09/2010](#), que dispõe, em seu artigo 228, “Do reconhecimento e da suspensão do direito à isenção”(NR)”, que o direito a isenção poderá ser exercido pela entidade a contar da data da publicação da concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS no Diário Oficial da União, independentemente de requerimento à Receita Federal do Brasil, sendo concedido a matriz e extensível as filiais.

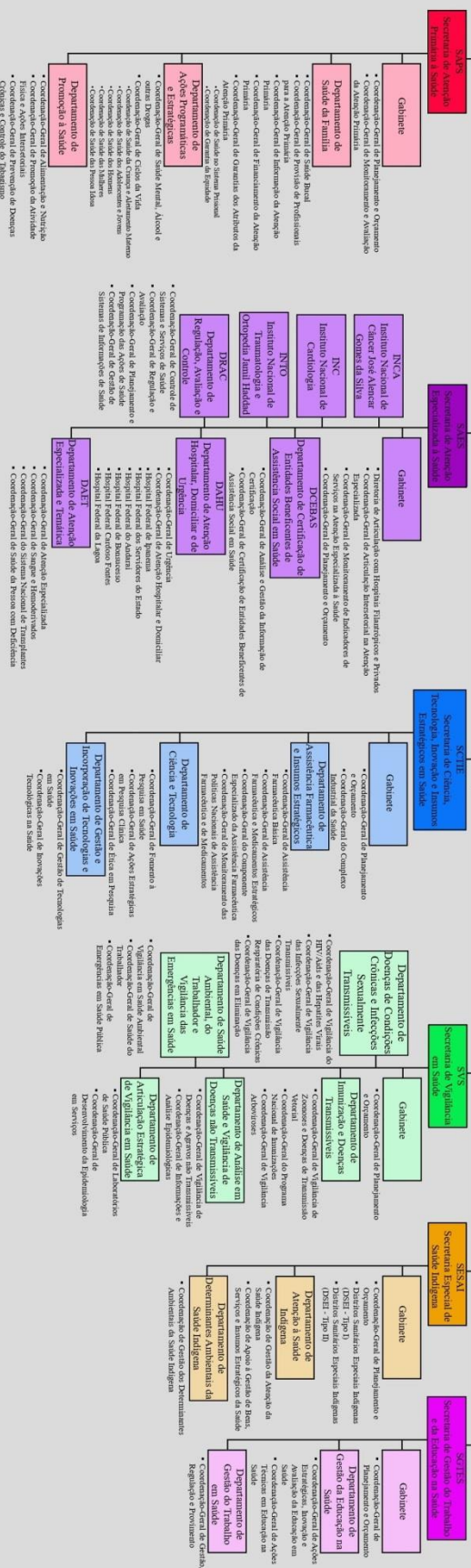


ÓRGÃOS DE ASSISTÊNCIA DIRETA E IMEDIATA

Ministro da Saúde



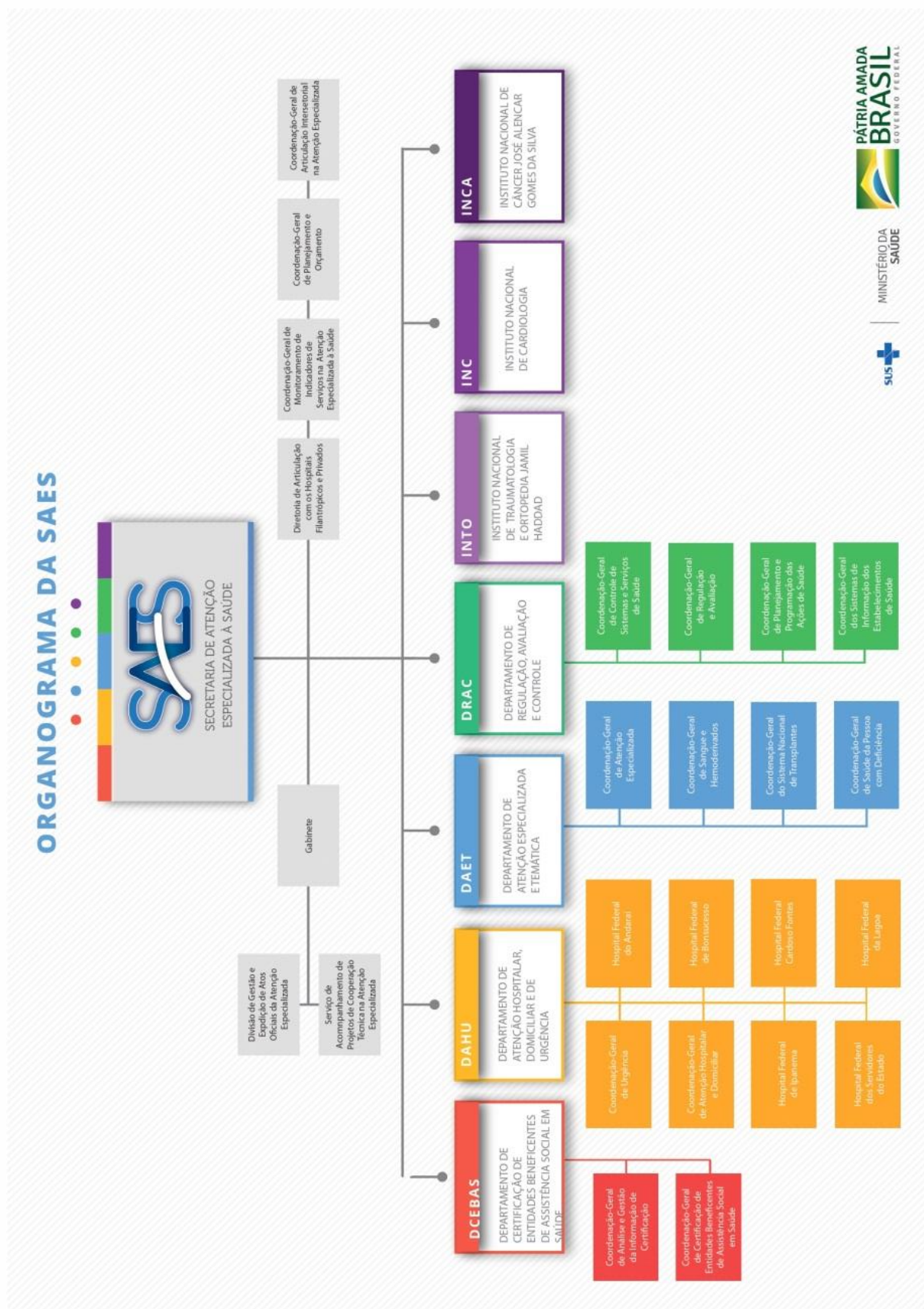
ÓRGÃOS ESPECÍFICOS SINGULARES



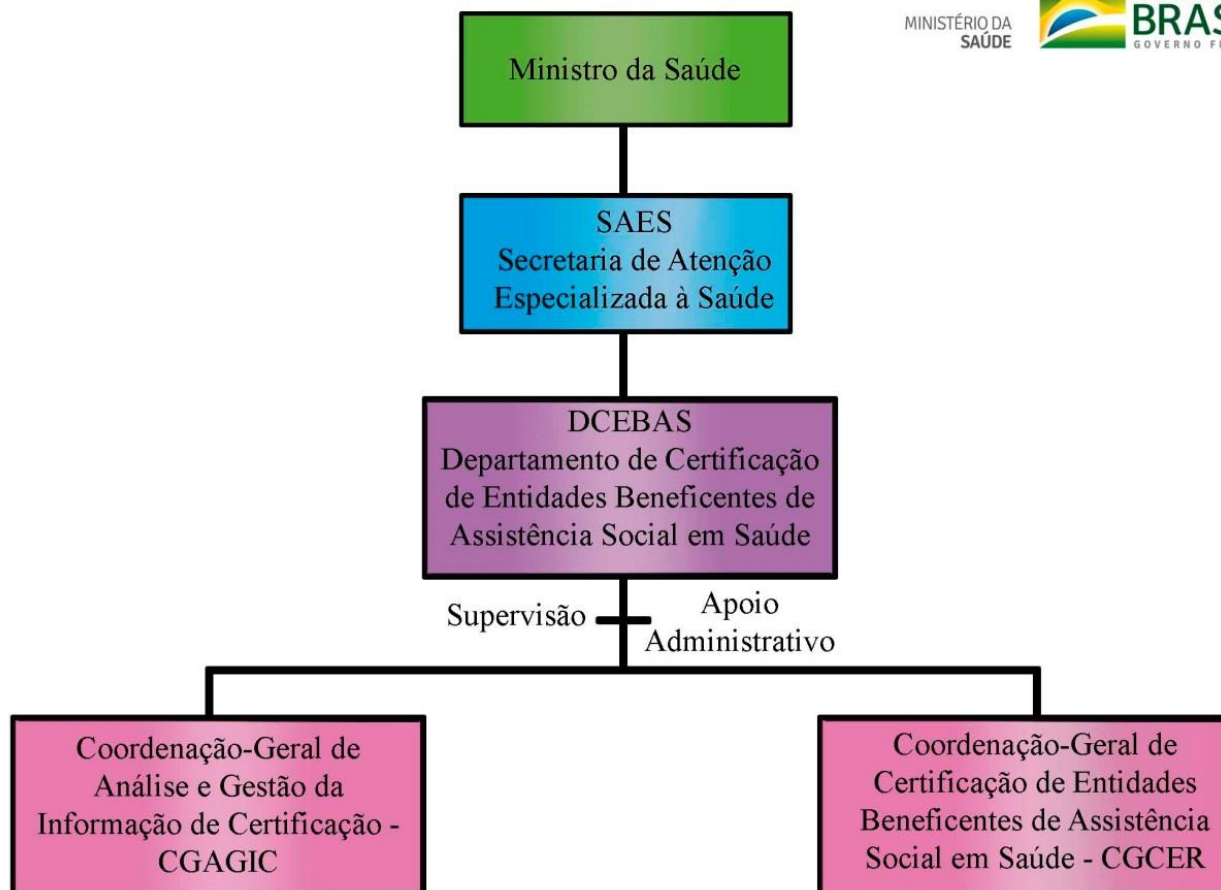
Decreto nº 9.795, de 17/05/2019, publicado no DOU de 20/05/2019 e Decreto nº 9.816, de 31/05/2019, publicado no DOU de 31/05/2019

Feito pela servidora MS: Carla Côelho Pereira da Costa

8.12 Organograma da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)



8.13. Organograma do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS)



Diretora DCEBAS:
Maria Victória Paiva

Coordenadora-Geral de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde - CGCER:
Adriana Lustosa Eloi Vieira

Coordenador-Geral de Análise e Gestão da Informação de Certificação - CGAGIC:
Brunno Ferreira Carrijo

Funcionários DCEBAS:

Adriana Pontes Abraham	Marcio Prado Veloso
Alessandra Freitas Pinheiro	Maria de Fátima Teixeira dos Reis
Alessandro Fernandes de Lima	Maria do Socorro Lima Nascimento
Alyssa Cathleen Santana dos Santos	Mariana Maia de Oliveira Carvalho
Amanda Dantas Rocha	Mariliane Guzzo
Ana Maria Silva	Marise Ferrer Barreto Borgatto
Ana Paula da Silva de Miranda	Michelly Pereira Fabricio da Costa
André Mariano Neto Gonçalves	Neide Bernardo da Silva
Benjamim River Pinto	Nereide Lago
Carla Coêlho Pereira da Costa	Orlando de Carvalho Pinto Neto
Carlos Henrique Marques da Silva	Ossamu Matsunaga
Daniel Ferreira Fernandes	Pollyanna de Carvalho Pessoa Borges Sousa
Danielle Rodrigues Araújo Cerqueira	Rita Wenzel di Bello
Débora Chaves Bartocci	Rivadavia do Rosario Marins
Demia da Silva Lopes	Rodrigo Vieira Marques
Elaine Cristina da Costa Pereira	Rogério Sena Corado
Erick Alves Pereira Lopes	Rosa Maria Pires Caldas
Fernando Paiva Fonseca	Rosangela do Nascimento Oliveira
Gleyson de Jesus Antunes Carvalho	Silvana Siqueira Santos Penatti
Hingrid Tamares Silva Reis	Talles Silva Pereira
Jose Euri Tonin	Terezinha de Jesus Alves Lopes
Joselito Gomes de Lima	Thiago Henrique da Silva Machado
Julyson da Silva Santos	Valdilene Nascimento da Silva
Leilane Daameche Rocha	Valterlis Lourenço dos Santos
Leuza Leocádia de Oliveira	
Luana Lopes Rosendo	

Fotos Funcionários DCEBAS:



Maria Victória Paiva, Adriana Lustosa, Brunno Carrijo
Fonte: Arquivo DCEBAS, 2019.



Equipe DCEBAS
Fonte: Arquivo DCEBAS, 2019.



Carla, Alyssa, Silvana, Maria Victória, Rosa.
 Fonte: Arquivo DCEBAS, 2019. Gabinete DCEBAS.



Orlando, Ana Paula, Ana Maria, Marise, Maria Victória, Joselito.
 Fonte: Arquivo DCEBAS, 2019. DIGEX/ DCEBAS.



Pollyanna, Márcio, Mariliane, Rodrigo, Demia, Mariana, Therezinha, Nereide, Gleyson, Michelly, Benjamin, Maria Victória, Elaine, Fernando, Ossamu, Alessandro, Brunno Carrijo.
Fonte: Arquivo DCEBAS, 2019. CGAGIC/ DCEBAS.



Maria Victória, Rosangela, Luana, André, Erick, Leilane, Valterlis, Débora, Adriana, Amanda, Adriana Lustosa, Danielle, Socorro, Hingrid,
Fonte: Arquivo DCEBAS, 2019. CGCER/ DCEBAS.

Agradecimentos

Agradecemos a todas às pessoas que colaboraram com a elaboração dessa Cartilha, pois sem apoio, incentivo e inspiração não se consegue chegar a lugar algum.

Agradecemos a entidades filantrópicas pela relevante colaboração com o Sistema Único de Saúde, e por realizarem seu trabalho com brilhantismo.

Esperamos que a cartilha “Caminhos para a Certificação” seja útil como ferramenta de informação para a consolidação da transparência institucional do DCEBAS/SAES/MS, de forma a contribuir para o aprimoramento do processo de certificação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

