

RECURSOS FINANCEIROS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



RECURSOS FINANCEIROS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte. Todavia, a reprodução não autorizada para fins comerciais desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

Copyright 2014. Confederação Nacional de Municípios – CNM.

Impresso no Brasil.

Textos:

Denilson Ferreira de Magalhães

Gabrielle Kölling

Ronaldo Mendes de Oliveira Castro Filho

Diretoria-Executiva:

Gustavo de Lima Cezário

Revisão de textos:

Keila Mariana de A. O. Pacheco

Diagramação:

Eduardo Viana / Themaz Comunicação

Capa:

Banco de imagens / Themaz Comunicação

Ficha catalográfica:

Confederação Nacional de Municípios – CNM

Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde – Brasília: CNM, 2014.

56 páginas.

1. Recursos Financeiros 2. Blocos de Financiamento 3. Prestação de Contas 4. Sistema Único de Saúde.

Título: Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde.



SCRS 505, Bloco C, Lote 1 – 3º andar – Asa Sul – Brasília/DF – CEP 70350-530

Tel.: (61) 2101-6000 – Fax: (61) 2101-6008

E-mail: atendimento@cnm.org.br – Website: www.cnm.org.br

CARTA DO PRESIDENTE

Falar do financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS) e da forma de aplicação desses recursos é, sem dúvida alguma, um grande desafio, principalmente quando observadas as inúmeras e infundáveis regras criadas pelo Ministério da Saúde, muitas vezes, de forma ilegal e inconstitucional.

Além do que a legislação sanitária define, as regras são criadas para cada programa ou estratégia de saúde ofertadas pelo governo federal. Regras que vão desde a necessidade de adesão e implantação de determinado programa federal, para que o Município receba recurso financeiro federal na forma de um incentivo, até a obrigatoriedade de alimentação de um sistema de informação para a manutenção do repasse desse incentivo.

Como se não bastasse, de acordo com os estudos realizados e publicados pela CNM, em quase sua totalidade, esses incentivos financeiros representam no máximo 30% do custo real dos programas e das estratégias federais, sobrecarregando as finanças municipais com o custeio do SUS.

Essa modalidade de regramento e financiamento só favorece a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos federais, mantendo o engessamento do gestor municipal, que recebe recursos carimbados, além de ferir a constitucionalidade e a legalidade do financiamento do SUS.

De acordo com a CNM, o modelo federal utilizado para o financiamento do SUS, na forma de programas e incentivos financeiros, já está ultrapassado e fere a Lei Complementar 141/2012, necessitando urgentemente de revisão.

Porém, na qualidade de defensora do municipalismo e na busca do fortalecimento da gestão municipal do SUS, a CNM apresenta a cartilha *Recursos Financeiros do SUS – Aplicação e prestação de contas*, com orientações sobre a aplicação dos recursos públicos da saúde.

Paulo Ziulkoski

Presidente da CNM



SUMÁRIO

Carta do Presidente	5
Considerações iniciais	
O financiamento do SUS e a participação da CNM	7
1. Os recursos federais e estaduais da saúde pública	9
1.1 Os Blocos de Financiamento.....	9
I – Atenção Básica	11
II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.....	15
III – Vigilância em Saúde.....	16
IV – Assistência Farmacêutica.....	21
V – Gestão do SUS.....	26
VI – Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	27
1.2 Receitas Vinculadas à Saúde	28
2. Aplicação de recursos financeiros do SUS.....	30
3. Prestação de contas	35
3.1 Transferências Fundo a Fundo	35
3.2 Transferências Voluntárias	36
4. Legislação.....	51
Referências bibliográficas	53

O financiamento do SUS e a participação da CNM

Após sua previsão constitucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve sua regulamentação nas Leis Orgânicas da Saúde, as quais definem que os planos de saúde são a base para toda a programação de saúde (art. 36, § 1º, da Lei 8.080/1990) e condição para o recebimento de recursos federais (art. 4º, inc. II, da Lei 8.142/90). O Decreto 7.508/2011 acrescenta como novidade apenas a inserção dos serviços privados nos instrumentos de planejamento da saúde.

Em seguida, como marco histórico do financiamento da saúde, a Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, conseguiu vincular recursos financeiros da seguridade social para o financiamento da saúde. Uma tentativa de garantir o financiamento do SUS.

A conhecida EC-29 definiu percentuais mínimos de investimentos para os Municípios (15%) e para os Estados (12%). Porém deixou uma lacuna irreparável quando não vinculou recursos da União para o financiamento do SUS, o que, ao longo de 11 anos, ocasionou um enorme déficit no financiamento da saúde, superior a R\$ 18 bilhões. Nesse mesmo período, as finanças municipais foram as mais sacrificadas, e, como executores da maior parcela de serviços públicos de saúde, os Municípios investiram mais de R\$ 110 bilhões acima do mínimo constitucional de suas responsabilidades.

A CNM participou da luta pela regulamentação da EC-29, prevista para cada cinco anos após sua publicação. Isso só ocorreu no final de 2011, quase 12 anos após a Emenda 29, quando a CNM mais uma vez pressionou o Congresso a votar o Projeto de Lei Complementar 306/2008, como uma resposta para a sociedade brasileira.

A tão esperada regulamentação da Emenda 29 foi uma total frustração. Os percentuais mínimos de investimentos em saúde para Municípios (15%) e Estados (12%) foram mantidos e a regra transitória estabelecida pela EC-29 para União se efetivou, perpetuando-se o déficit por parte dos recursos federais. Com a proposta aprovada, a CNM estimou que as perdas financeiras de recursos federais somente em 2012 foram de mais de R\$ 14,6 bilhões.

A Lei Complementar 141/2012, decorrente da regulamentação da EC-29, trouxe mais uma vez a necessidade de criação de uma metodologia de distribuição dos recursos da União para Municípios e Estados, ratificando o contido no art. 35 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990). Além da novidade da obrigatoriedade de informar os investimentos em saúde por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, a LC 141/2012 definiu o que são gastos com saúde e as despesas que não poderão mais ser declaradas como do setor saúde.

Os recursos federais e estaduais da saúde pública

1.1 Os Blocos de Financiamento

Com a publicação do Pacto pela Saúde 2006, o qual estabeleceu responsabilidades e compromissos entre os gestores do SUS, o Ministério da Saúde se achou na obrigação de criar mecanismos de organizar e melhor fiscalizar as transferências de recursos federais para Municípios, Estados e Distrito Federal.

Dessa forma, justificado na necessidade de qualificar o processo de descentralização, organização e gestão das ações e serviços do SUS, assim como de fortalecer seus compromissos e responsabilidades sanitárias, com base no processo de pactuação intergestores; na responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelo financiamento do SUS; e na necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais que permitam ao gestor um melhor acompanhamento das ações de saúde realizadas no âmbito do SUS, resolveu regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle (Portaria MS 204/2007).

Como forma de facilitar o controle e a aplicação dos recursos financeiros federais pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, o instrumento infralegal prevê uma conta-corrente única para cada bloco, o que ao longo dos anos não funcionou, resultando em uma conta-corrente identificada para cada componente do bloco.

Além disso, o instrumento também faz a previsão de aplicação dos recursos nas ações, atividades e serviços de saúde contemplados no respectivo bloco de financiamento, ou seja, permitindo que a integralidade dos recursos dos componentes de um bloco seja aplicada nas ações do respectivo bloco de financiamento. Como exemplo disso está a totalidade dos recursos federais destinados à atenção básica, que é a somatória do piso fixo e do piso variável da atenção básica, ser aplicada indistintamente nas ações básicas de saúde.

Porém, a CNM tem acompanhado o tema e identificado que não há esse entendimento por parte dos órgãos de controle nem pelos gestores do SUS, permanecendo a segregação e o engessamento da aplicação dos recursos financeiros federais em seus respectivos componentes.



Aqui vale esclarecer que o texto da Portaria MS 204/2007 foi recepcionado pela Portaria MS 2.048/2009, que aprovou e estabeleceu o regulamento do SUS e, conseqüentemente, revogou a Portaria 204/2007. O efeito legal do regulamento do SUS foi prorrogado por diversas vezes e definido a partir de 5 de março de 2013 (Portaria MS 373/2012).

Por fim, em 2007 foram criados os primeiros cinco blocos de financiamento do SUS: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS. Posteriormente, foi criado o bloco de investimento.

Os recursos federais e estaduais da saúde são repassados para os fundos municipais de saúde em blocos de financiamentos que se dividem em 6 (seis):

- I – Atenção Básica;
- II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III – Vigilância em Saúde;
- IV – Assistência Farmacêutica;
- V – Gestão do SUS;
- VI – Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

I – Atenção Básica

O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

- a) Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo;
- b) Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável.

O PAB Fixo é a quantia destinada à execução das ações de atenção básicas de saúde. Os recursos são transferidos mensalmente e de forma automática. O valor do PAB Fixo é definido pelo número de habitantes do Município.

O cálculo é feito anualmente, multiplicando-se o número de habitantes do Município (IBGE) pelo valor *per capita* nacional, valor esse que atualmente varia entre R\$ 23,00 e R\$ 28,00.

O PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de programas ou estratégias realizadas no âmbito da atenção básica de saúde, valores que serão transferidos apenas aos Municípios que aderirem a programas do Ministério da Saúde, como por exemplo:

- a) Saúde da Família;
- b) Agentes Comunitários de Saúde;
- c) Saúde Bucal;
- d) Compensação de Especificidades Regionais;
- e) Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- f) Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
- g) Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória;
- h) outros que venham a ser instituídos.

Os recursos são repassados para os Municípios, mediante adesão e implementação das ações dos referidos programas, na modalidade fundo a fundo, desde que constem do Plano de Saúde.

Para as estratégias de Saúde da Família, Agente Comunitário e Saúde Bucal, os recursos financeiros são definidos pelo Ministério da Saúde, na forma de incentivos financeiros para a manutenção das equipes de saúde implantadas. A composição desses incentivos estabelecem o montante a ser transferido para cada Município, na modalidade fundo a fundo.

Os recursos referentes à Compensação de Especificidades Regionais correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado. A aplicação desses recursos deve ser pactuada nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e apresentada ao plenário da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e os recursos são transferidos mediante ato normativo (portaria) específico do Ministério da Saúde.

Os Municípios só recebem recursos destinados à atenção básica aos povos indígenas mediante pactuação específica com o Ministério da Saúde, que passam a compor o bloco de financiamento da atenção básica.

Os recursos federais atinentes aos incentivos para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, são transferidos ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios de acordo com o pactuado na CIB.

O Piso de Atenção Básica (PAB) consiste em um valor mínimo de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, tipicamente municipal.

Esses recursos financiam:

- a) consultas médicas em especialidades básicas;
- b) atendimento odontológico básico;
- c) atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio;
- d) visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF);
- e) vacinação;
- f) atividades educativas a grupos da comunidade;
- g) assistência pré-natal e ao parto domiciliar;

- h) atividades de planejamento familiar;
- i) pequenas cirurgias;
- j) pronto atendimento em unidade básica de saúde.

Exemplificando as ações e as atividades da Atenção Básica:

- a) executadas por profissionais de nível médio:
 - a.1) aplicação de vacinas; administração de medicamentos, inclusive tuberculose; coleta de linfa para pesquisa de hanseníase; coleta de material para exame laboratorial; inalação e nebulização; retirada de pontos por pacientes; terapia de reidratação oral; pesquisa de plasmódios-gota espessa (diagnóstico malária).
- b) atividades em grupo:
 - b.1) atividade educativa em grupo da comunidade por profissional de nível médio; atividades executadas por ACS; visita domiciliar por profissional de nível médio.
- c) executadas por profissionais de nível superior:
 - c.1) consulta/atendimento de enfermeiro; terapias em grupo executadas por profissional de nível superior; terapias individuais; atividade educativa em grupo da comunidade por profissional de nível superior; atividade educativa em grupo da comunidade por PACS/PSF; consulta/atendimento na unidade do PACS/PSF; visita domiciliar/consulta/atendimento pelo PACS/PSF.
- d) consulta médica:
 - d.1) do PSF; de pré-natal domiciliar; para hanseníase; em clínica médica; em ginecologia; em obstetrícia; em pediatria; consulta/atendimento urgência (com remoção).
- e) procedimentos médicos cirúrgicos:
 - e.1) excisão/sutura simples de pequenas lesões de pele/mucosa; frenectomia; retirada de corpo estranho da cavidade auditiva/nasal; incisão e drenagem de abscesso.

- f) básicas em odontologia:
 - f.1) procedimentos coletivos;
 - f.2) consulta odontológica – 1ª consulta;
 - f.3) odontologia preventiva: aplicação de carióstático por dente; escariação por dente; controle da placa bacteriana; aplicação de selante por dente;
 - f.4) dentística básica: capeamento pulpar direto em dente permanente; pulpotomia de dente decíduo ou permanente; restauração compósito de duas ou mais faces; restauração com amálgama de uma face; restauração com silicato duas ou mais faces; restauração a pino; restauração fotopolimerizável uma face;
 - f.5) odontologia cirúrgica básica: exodontia de dente decíduo; remoção de resto radicular; exodontia de dente permanente; tratamento de alveolite; ulotomia; tratamento de hemorragia; tratamento conservador osteomielite.
- g) básicos em vigilância sanitária:
 - g.1) coleta de amostra para análise, por fiscal em vigilância sanitária;
 - g.2) atividade educativa em grupo da comunidade pela vigilância sanitária;
 - g.3) inspeção sanitária em: piscina uso público e restrito; terreno baldio; canteiro de obra; hotéis, motéis e congêneres; cemitério/necrotério e crematório; dispensário de medicamentos;
 - g.4) inspeção zoossanitária.

Vale ressaltar que os recursos financeiros do Bloco da Atenção Básica transferidos aos Municípios, na modalidade fundo a fundo, e na forma de incentivos financeiros de custeio, devem ser aplicados na manutenção das atividades e ações da atenção básica, explicitas no Plano Municipal de Saúde, inclusive no pagamento das remunerações dos profissionais da atenção básica de saúde.

Também é importante salientar aos gestores municipais que nenhum dos recursos financeiros do Bloco da Atenção Básica é destinado única e exclusivamente para pagamento das remunerações dos profissionais, inclusive do PSF, dos Agentes Comunitários de Saúde e do Saúde Bucal.

II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

O bloco financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes:

- a) Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC);
- b) Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

O Componente Limite Financeiro de MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios é destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar em saúde. Existe uma parte fixa desse limite que é definida a partir da produção ambulatorial e hospitalar apresentada pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, além de alguns incentivos transferidos mensalmente para o custeio de programas e estratégias.

Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem os seguintes:

- a) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- b) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu);
- c) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest);
- d) Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;
- e) Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps);
- f) Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (Iapi);
- g) Incentivo de Integração do SUS (Integrasus);
- h) outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

Esses recursos federais serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, conforme a Programa-

ção Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), devidamente publicada em ato normativo específico.

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

- a) procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC);
- b) transplantes e procedimentos vinculados;
- c) ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo predefinido, incluídas aqui as cirurgias eletivas de média complexidade;
- d) novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente.

III – Vigilância em Saúde

Os recursos que compõem este bloco de financiamento são constituídos por dois componentes:

- a) Componente de Vigilância em Saúde;
- b) Componente de Vigilância Sanitária.



ATENÇÃO, GESTORES!

Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde. Assim como para os demais blocos de financiamento, essa movimentação de recursos entre os componentes é permitida, sempre em um mesmo bloco.

O Componente de Vigilância em Saúde é composto pelos recursos federais destinados às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças, sendo esses recursos constituídos pelos:

- a) Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS);
- b) Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).

O Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) é composto por um valor *per capita* estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa. As unidades federativas são estratificadas nos seguintes termos:

- a) Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão (1) e Mato Grosso (1);
- b) Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão (2), Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso (2), Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
- c) Estrato III: São Paulo e Paraná;
- d) Estrato IV: Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Os recursos do PFVS são alocados da seguinte maneira:

- a) as Secretarias Estaduais de Saúde percebem valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVS atribuído ao Estado correspondente, acrescidos dos valores referentes ao Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Finlacen);
- b) cada Município percebe valores equivalentes a, no mínimo, 60% (sessenta por cento) do *per capita* do PFVS atribuído ao Estado correspondente;
- c) cada capital e Município que compõem sua região metropolitana percebem valores equivalentes a, no mínimo, 80% do *per capita* do PFVS atribuído ao Estado correspondente;

- d) o fator de ajuste pactuado na CIB é uma reserva de recursos destinada ao financiamento dos ajustes necessários para o atendimento às especificidades regionais e/ou municipais, conforme características ambientais e/ou epidemiológicas que o justifiquem.

Os recursos destinados às campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, poliomielite e raiva animal são pactuados entre Municípios e Estados na respectiva CIB e acrescidos aos PFVS de Municípios e Estados.

A CIB define o valor do PFVS destinado à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um de seus Municípios, em cada Estado.

O Distrito Federal recebe o montante total relativo ao PFVS atribuído a esta unidade federativa, acrescido dos valores referentes ao Finlacen e às campanhas de vacinação.



ATENÇÃO, GESTORES!

Os valores do PFVS são ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o que se tornou pauta de reivindicação da CNM, uma vez que os parâmetros para cálculo do PFVS foram definidos no ano de 2004 e, desde então, não sofreram reajustes ou correções, promovendo um déficit enorme no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, essenciais para o controle de doenças.

Como exemplo, do Componente PFVS são retirados os recursos necessários para remunerar os Agentes de Combate às Endemias, além dos encargos sociais e trabalhistas. Somente essas despesas, na maioria dos Municípios, comprometem cerca de 70% do PFVS, quando não, sua totalidade.

O Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) é constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

- a) Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE);
- b) Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
- c) Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);
- d) Apoio de laboratório para o monitoramento da resistência a inseticidas de populações de *Aedes aegypti* provenientes de diferentes Estados do país;
- e) Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Finlacen);
- f) incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST;
- g) Vigilância Epidemiológica da Influenza;
- h) Ações do Projeto Vida no Trânsito;
- i) Ações de Promoção da Saúde do Programa Academia da Saúde.

O Ministério da Saúde possui uma reserva estratégica federal de valor equivalente a até 5% (cinco por cento) dos recursos do Componente de Vigilância em Saúde. Essa reserva fica sob a responsabilidade e a gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (SVS/MS). Sua utilização será apresentada mensalmente à Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/Aids e Hepatites Virais será composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- a) Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/Aids e Hepatites Virais;
- b) Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids;
- c) Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.

O Componente da Vigilância Sanitária é composto pelos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, segundo modalidades e critérios definidos em normatização específica, constituído em:

- a) Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa), composto pelo piso estruturante e piso estratégico, acrescido dos valores referentes ao Finlacen-Visa;

- b) Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVV_{Visa}), constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:
 - b.1) gestão de pessoas em Vigilância Sanitária para política de educação permanente;
 - b.2) outros que venham a ser instituídos.

O Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFV_{Visa}), transferido aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, é calculado anualmente, multiplicando-se o número de habitantes pelo valor *per capita* nacional, sendo que os valores atualmente são:

- a) Estados: R\$ 0,30 (trinta centavos) por habitante/ano ou Limite Mínimo de Repasse Estadual (LMRe), no valor de R\$ 630.000,00;
- b) Distrito Federal: R\$ 0,90 (noventa centavos) por habitante/ano, composto por *per capita* estadual à razão de R\$ 0,30 (trinta centavos) e *per capita* municipal à razão de R\$ 0,60 (sessenta centavos),
- c) Municípios: R\$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano ou o Limite Mínimo de Repasse Municipal (LMRm), no valor de R\$ 12.000,00.

Os valores do PFV_{Visa} são ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); assim, havendo redução populacional, os valores anteriormente repassados serão mantidos, sendo que, da mesma forma que o PFV_S, sofre déficit anualmente por falta de uma política regular de ajustes e correções.

O Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVV_{Visa}) é constituído pelo montante de R\$ 5.000.000,00 para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, definidas de forma tripartite e publicada em ato específico.

Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde são repassados de maneira regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais e Estaduais de Saúde, em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica.

IV – Assistência Farmacêutica

O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes:

- a) Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- b) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- c) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Este Componente tem como objetivo a aquisição de medicamentos e insumos, incluindo os relacionados a agravos e programas específicos de saúde, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

O financiamento é de responsabilidade dos três Entes da Federação, que devem aplicar, no mínimo, valores de seus orçamentos já pactuados, conforme abaixo:

- a) União: R\$ 5,10 por habitante/ano para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente no SUS;
- b) Estados: R\$ 2,36 por habitante/ano para financiar a aquisição dos medicamentos e dos insumos, incluindo-se aqui os insumos para os usuários insulino-dependentes constantes da Rename vigente no SUS;
- c) Municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano para financiar a aquisição dos medicamentos e dos insumos, incluindo-se aqui os insumos para os usuários insulino-dependentes constantes da Rename vigente no SUS.

A população a ser considerada será a estimada pelo IBGE para 1º de julho de 2011, e nos Municípios que sofrerem acréscimos populacionais em virtude de fluxo migratório, de acordo com documentos oficiais do IBGE, esse acréscimo também será considerado

para cálculo do valor *per capita* a ser repassado a esses Municípios pelos outros Entes federativos, conforme pactuação na CIT, CIB e CIR, se houver.

Os recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde serão repassados aos Entes federativos beneficiários em parcelas mensais correspondentes a 1/12 do valor total anual.

As Secretarias Municipais de Saúde podem utilizar anualmente até 15% da soma dos recursos financeiros, alocados por seus Municípios e pelo seu Estado para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Este componente destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos de saúde, quais sejam:

- controle de endemias, tais como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- antirretrovirais do programa DST/Aids;
- sangue e hemoderivados;
- imunobiológicos.

A elaboração dos protocolos de tratamento, o planejamento, a aquisição e a distribuição aos Estados e ao Distrito Federal dos medicamentos, dos produtos e dos insumos para os demais níveis de atenção à saúde são de competência do Ministério da Saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pelo armazenamento dos produtos e pela distribuição para as regionais de saúde ou Municípios.

A competência de cada órgão em relação aos medicamentos estratégicos pode ser assim resumida:

Ministério da Saúde

- **Protocolos de tratamento;**
- **Planejamento e Programação;**
- **Financiamento e Aquisição centralizada;**
- **Distribuição aos estados ou municípios.**

Secretarias Estaduais de Saúde

- **Armazenamento;**
- **Distribuição às Regionais ou Municípios;**
- **Programação.**

Secretarias Municipais de Saúde

- **Armazenamento;**
- **Distribuição às Unidades de Saúde;**
- **Programação;**
- **Dispensação.**

Ministério da Saúde.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O componente é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos deste componente estão divididos em três grupos, conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas:

- a) Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em:
 - a.1) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, pelo armazenamento, pela distribuição e pela dispensação para tratamento

das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

- a.2) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- b) Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, pela aquisição, pela programação, pelo armazenamento, pela distribuição e pela dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- c) Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Os grupos de medicamentos são definidos de acordo com os seguintes critérios gerais:

- complexidade do tratamento da doença;
- garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado;
- manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

O Grupo 1 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos:

- a) maior complexidade do tratamento da doença;
- b) refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento;
- c) medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

- d) medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

O Grupo 2 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos:

- a) menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1;
- b) refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento.

O Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

A execução deste componente envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento.

As normas de execução do Grupo 3 são regulamentadas no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em ato normativo específico. Já para os medicamentos constantes dos Grupos 1 e 2, a execução é descentralizada e de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde devem manter os Municípios informados sobre a sistemática de execução deste componente e os critérios de acesso aos medicamentos dos Grupos 1 e 2.

O financiamento para aquisição dos medicamentos deste componente está diretamente relacionado ao Grupo em que eles estão alocados. Os medicamentos do Grupo 3 são financiados conforme regras do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; os medicamentos pertencentes ao Grupo 2 são financiados integralmente pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, e os medicamentos pertencentes ao Grupo 1 são financiados pelo Ministério da Saúde, sendo que, para o Grupo 1A, na forma de aquisição centralizada, e para o Grupo 1B, na forma de transferência de recursos financeiros.

V – Gestão do SUS

O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem o objetivo de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuam para a organização e eficiência do Sistema Único de Saúde.

Este bloco possui dois componentes:

- a) Componente para a Qualificação da Gestão do SUS;
- b) Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoia as seguintes ações:

- a) regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento;
- b) planejamento e orçamento;
- c) Programação;
- d) Regionalização;
- e) Gestão do Trabalho;
- f) Educação em Saúde;
- g) Incentivo à Participação e Controle Social;
- h) Informação e Informática em Saúde;
- i) Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica;
- j) outros que vierem a ser criados.

Os Entes municipais para receberem os recursos deste componente devem proceder à adesão por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, sendo que cada ação que integra este componente tem um incentivo específico.

O Componente para a Implantação de Ações e Serviços em Saúde é formado pelos incentivos assim designados:

- a) implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- b) qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;

- c) implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- d) fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- e) inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- f) implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- g) implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu);
- h) reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- i) implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- j) adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino;
- k) outros que vierem a ser instituídos.

A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde é efetivada em uma única parcela.

VI – Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

O bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que são transferidos, por meio de repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo Ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura de despesas de investimentos na rede de serviços de saúde são transferidos aos Entes públicos mediante obediência à programação financeira do Tesouro Nacional.

As propostas de projeto devem ser apresentadas por meio do Sistema de Proposta de Projetos, disponível no *site* eletrônico do Fundo Nacional de Saúde – <http://www.fns.saude.gov.br> –, cabendo ao Ministério da Saúde a análise e a aprovação da proposta.

Os projetos encaminhados ao Ministério da Saúde deverão ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a fim de que seja avaliada a conformidade desses projetos com os seguintes instrumentos de planejamento:

- Plano Estadual de Saúde (PES);
- Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- Plano Diretor de Investimento (PDI).

As informações do projeto e da execução do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde devem compor o Relatório de Gestão.

1.2 Receitas Vinculadas à Saúde

I. Receitas Estaduais – mínimo de 12% deve ser investido em saúde

- a) Impostos:
- ICMS;
 - IPVA;
 - ITCMD (*causa mortis* e doação de bens e direitos).
- b) Transferências da União:
- cota-parte do FPE;
 - cota-parte do IPI – Exportação;
 - Lei Complementar 87/1996 (Lei Kandir);
 - Imposto de Renda Retido na Fonte;
 - outras Receitas Correntes;
 - receita da dívida ativa de impostos;
 - multas, juros de mora e correção monetária de impostos;
 - menos (-);
 - transferências Financeiras Constitucionais e Legais a Municípios;
 - 25% do ICMS;
 - 50% do IPVA;
 - 25% do IPI Exportação;
 - valor mínimo legal vinculado à saúde = $(a + b + c + d + e - f) \times 0,12$.

II. Receitas Municipais – mínimo de 15% deve ser investido em saúde

- a) Impostos:
- ISS;
 - IPTU;
 - ITBI.
- b) Transferências da União:
- cota-parte do FPM;
 - cota-parte do ITR;
 - Lei Complementar 87/1996 (Lei Kandir);
 - Imposto de Renda Retido na Fonte;
 - transferências do Estado;
 - cota-parte do ICMS;
 - cota-parte do IPVA;
 - cota-parte do IPI Exportação;
 - outras Receitas Correntes;
 - receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária de impostos;
 - valor mínimo legal vinculado à saúde = $(a + b + c + d + e) \times 0,15$.

Aplicação de recursos financeiros do SUS

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde devem ser utilizados exclusivamente na execução de ações e serviços de saúde previstos no Plano de Saúde, conforme Lei 8.080/1990, plano este que deve ser previamente aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

A transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde é vedada, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde, desde que devidamente justificadas.

No caso de ações e serviços novos, não previstos no Plano de Saúde, estes deverão ser submetidos à aprovação do respectivo Conselho de Saúde, que também deverá aprovar as inclusões e as alterações do Plano de Saúde, contemplando, no mesmo exercício, as novas demandas.

Outra restrição legal é a proibição de se destinar subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Os fundos municipais de saúde terão sua movimentação financeira em instituições financeiras oficiais federais, em conta única e específica, aberta pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), para cada bloco de financiamento, as quais receberão as transferências de recursos financeiros da União.

Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco, sendo vedada a utilização desses recursos para pagamentos de:

- a) servidores inativos;
- b) servidores ativos e gratificação de funções de cargos comissionados, exceto aqueles contratados exclusivamente para trabalhar nos serviços relativos ao respectivo bloco, desde que esteja previsto no Plano de Saúde do Município;
- c) pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado;
- d) obras de construções novas, exceto reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

As despesas de custeio e de capital da Atenção Básica podem ser pagas com recursos do PAB, exceto as acima elencadas, e, ainda:

- a) transferência de recursos na forma de contribuições, auxílios ou subvenções a instituições privadas, inclusive as filantrópicas;
- b) aquisição de equipamentos e materiais permanentes, incluindo veículo de qualquer natureza, não destinados à realização de ações de atenção básica;
- c) pagamento de ações de saúde de média e alta complexidade e de assistência hospitalar;
- d) ações de saneamento básico.

Exemplos de despesas de custeio:

- a) diárias, gratificação, ajuda de custo e treinamento de pessoal lotado nas Unidades Básicas de Saúde;
- b) medicamentos, material radiológico, material de laboratório, material de expediente, material de limpeza, gêneros alimentícios, roupas de cama, oxigênio, combustíveis, gás etc.;
- c) conserto de veículos (lotados nas Unidades de Atenção Básica), conserto das instalações elétrica e hidráulica e pintura das Unidades de Atenção Básica etc.;

- d) água, luz, telefone, correios, vale-transporte para pessoal lotado nas Unidades de Atenção Básica;
- e) serviços de conservação e limpeza das Unidades de Atenção Básica etc.

Exemplos de despesas de capital:

- a) equipamentos e material permanente para as Unidades de Atenção Básica (computador, mobiliário etc.);
- b) obras e instalações (construção, ampliação, reforma das Unidades de Atenção Básica etc.).

Os recursos da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS também encontram restrições na utilização para alguns pagamentos, são eles:

- a) servidores inativos;
- b) servidores ativos, exceto aqueles contratados para desempenharem funções relacionadas à assistência de média e alta complexidade;
- c) gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços de média e alta complexidade;
- d) pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos, quando pertencentes ao quadro do próprio Município ou Estado;
- e) investimentos, incluindo obras e equipamentos.



Atenção, gestores!

Os recursos provenientes do pagamento de produção de serviços gerados na própria rede de assistência de média e alta complexidade estadual ou municipal não sofrem as restrições acima elencadas.

Os recursos da Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade destinam-se ao pagamento de medicamentos e insumos excepcionais, procedimentos ambulatoriais de média complexidade, tratamento fora de domicílio e OPM (órteses, próteses e materiais).

Entre os gastos que podem ser realizados com esses recursos está o pagamento de terapias ocupacionais, fisioterapias, exames de laboratório, radiodiagnóstico, anestesia, médicos especialistas, aparelhos de surdez, dentre outros.

Os procedimentos considerados de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares (SIA e SIH/SUS) podem ser encontrados na Portaria 968/2002.

Os recursos deste bloco que não forem utilizados ao final do mês no pagamento da produção de serviços, programados de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI Assistencial), podem ser usados no custeio das ações relacionadas direta ou indiretamente à assistência à saúde deste bloco.

Os gestores devem ficar atentos para as despesas que não sejam diretamente destinadas às ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde ou que não se destinem ao atendimento do usuário do SUS, ainda que possam, indiretamente, contribuir para a melhoria das condições de saúde, pois essas despesas não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde, não podendo serem computadas no percentual mínimo constitucional da saúde.

Lista de alguns exemplos de despesas não consideradas como ações e serviços públicos de saúde:

- a) pagamento de aposentadorias e pensões (pessoal inativo);
- b) assistência à saúde de clientela fechada, por não atender ao princípio da universalidade, tais como: institutos de previdência e assistência ou planos de saúde de servidores públicos, hospitais do corpo de bombeiros ou da polícia militar etc.;
- c) merenda escolar;
- d) ações de saneamento básico realizadas com recursos provenientes de taxas e tarifas, ou do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que

- venham a ser excepcionalmente executadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por Entes a ela vinculados;
- e) ações de limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
 - f) ações de preservação e correção do meio ambiente, realizados por órgãos de meio ambiente dos Entes federativos e por entidades não governamentais;
 - g) ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços de saúde e não promovidas pelos órgãos de saúde do SUS;
 - h) ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo para definição dos vinculados à saúde.

Aplicação de recursos estaduais

Os recursos estaduais transferidos aos Municípios também poderão seguir a mesma orientação dos blocos de financiamento e alocados pela gestão municipal de acordo com o Plano Municipal de Saúde.

Aplicação dos recursos próprios do Município

Para os recursos próprios do Município, oriundos do FPM, da arrecadação própria, dos *royalties* etc., a alocação ocorre de acordo com as necessidades da gestão municipal do SUS, contempladas no Plano Plurianual (PPA) e expressas no Plano Municipal de Saúde (PMS) e na Programação Anual da Saúde (PAS), aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, em conformidade com a legislação pertinente.

Prestação de contas

3.1 Transferências Fundo a Fundo

A prestação de contas dos recursos transferidos fundo a fundo aos Municípios e Estados se faz por meio do Relatório de Gestão, devidamente aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

O Relatório de Gestão aprovado pelo Conselho de Saúde deve ser enviado ao Ministério da Saúde e ao Tribunal de Contas a que estiver jurisdicionado o órgão executor. Os Municípios devem também apresentar o Relatório aos seus respectivos Estados.

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento da gestão do SUS, do âmbito do planejamento, que deve apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde decorrente do Plano de Saúde, bem como a execução orçamentária referente à aplicação dos recursos públicos.

A Lei Complementar 141/2012 definiu no § 1º do art. 36 que os Municípios, a União, os Estados e o Distrito Federal deverão encaminhar os Relatórios de Gestão para aprovação dos respectivos conselhos de saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira.

O Relatório de Gestão compõe-se dos seguintes elementos:

- a) programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;
- b) comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do Plano de Saúde;

- c) demonstraco do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;
- d) documentos adicionais avaliados pelos órgãos colegiados de deliberao própria do SUS.

De acordo com a Lei Complementar 141/2012, os recursos federais de transferências regulares e obrigatórios são os destinados  atenco  saúde para os quais a União deverá apresentar a metodologia de descentralizao, sem, porém, criar critérios de restrico, exceto os já presentes na referida Lei Complementar.

3.2 Transferências Voluntárias

As Transferências Voluntárias são os recursos financeiros repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal em decorrência da celebrao de convênios, acordos, ajustes ou outros instrumentos similares, cuja finalidade  a realizao de obras e/ou serviços de interesse comum e coincidente às três esferas do governo ou, conforme definido no art. 25 da Lei Complementar 101/2000 (LRF), a entrega de recursos correntes ou de capital a outro Ente da Federao, a título de cooperao, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinao constitucional, legal ou os destinados ao Sistema nico de Saúde. Os dois instrumentos utilizados para a operacionalizao das transferências voluntárias são o convênio e o contrato de repasse.

Convênio pode ser definido como acordo, ajuste ou qualquer outro instrumento que discipline a transferência de recursos financeiros dos Orçamentos da União, visando  execuo de programa de governo, envolvendo a realizao de projeto, atividade, serviço, aquisio de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperao, e que tenha como partícipes, de um lado, órgão da administrao pública federal direta, autarquias, fundaoes pbricas, empresas pbricas ou sociedades de economia mista, e, de outro, órgão ou entidade da administrao pública municipal, estadual ou distrital, direta ou indireta, ou, ainda, entidades privadas sem fins lucrativos.

Contrato de repasse é o instrumento administrativo usado na transferência dos recursos financeiros, por intermédio de instituição ou agente financeiro público federal que atua como mandatário da União. A instituição que mais fortemente vem operando essa modalidade de transferência é a Caixa Econômica Federal (www.caixa.gov.br).

DESTAQUE

Emendas Parlamentares

As emendas parlamentares se enquadram melhor na modalidade de convênios para a captação de recursos financeiros e prestação de contas. É necessária a apresentação de projeto ou proposta, com detalhamento do objeto da proposta e da aplicação dos recursos financeiros, no Siconv ou diretamente no Sistema do FNS. Após análise e aprovação da proposta pelo Ministério da Saúde ou órgão competente, ocorrerão o empenho e a liberação dos recursos financeiros.

As propostas referente a equipamentos, ações, serviços e obras de programas e estratégias de saúde, deverão serem apresentadas no Sistema de Gerenciamento de Objeto e Propostas do Fundo Nacional de Saúde e, também estarão sujeitas a análise e aprovação do Ministério da Saúde.

A prestação de contas das emendas parlamentares deve ser feita observando os mesmos critérios que a prestação de contas dos convênios, conforme a seguir exposto.



Atenção, gestores!

Como forma de facilitar a liberação dos recursos na modalidade fundo a fundo, lembrem de orientar aos parlamentares a indicação da emenda parlamentar no CNPJ do Fundo Municipal de Saúde.

Os convênios celebrados sob a vigência da Instrução Normativa STN 1/1997, e que ainda estiverem vigentes, poderão ser prorrogados desde que atendam às exigências desse normativo. Já as transferências de recursos da União realizadas a partir de 30/5/2008 são regulamentadas pelo Decreto 6.170/2007 e pela Portaria Interministerial 127/2008.

Atualmente, a Portaria Interministerial 507, de 28/11/2011, constitui, juntamente com Decreto 6.170/2007, a legislação reguladora das transferências de recursos da União firmadas a partir de 1º/01/2012, com exceção dos arts. 77 a 79, que entraram em vigor na data da publicação da citada Portaria, transcritos a seguir:

Art. 77. Para efeito desta Portaria, entende-se como obras e serviços de engenharia de pequeno valor aquelas apoiadas financeiramente por contratos de repasse cujo valor de repasse seja inferior a R\$ 750.000,00 (setecentos e cinquenta mil reais).

Art. 78. O procedimento simplificado de contratação, execução e acompanhamento para obras e serviços de engenharia de baixo valor implica na adoção das seguintes medidas:

I – liberação dos recursos pela concedente na conta do contrato, de acordo com o cronograma de desembolso e em no máximo três parcelas de valores correspondentes a 50% (cinquenta por cento), 30% (trinta por cento) e 20% (vinte por cento) do valor de repasse da União, respectivamente;

II – desbloqueio de recursos após apresentação do relatório de execução de cada etapa do objeto do contrato de repasse devidamente atestada pela fiscalização do conveniente;

III – aferição, pelo concedente, da execução do objeto do contrato de repasse após o recebimento da documentação descrita no inciso anterior, mediante visita aos locais das intervenções, nas seguintes ocasiões:

a) na medição que apresentar execução física acumulada de 50% (cinquenta por cento) do objeto do contrato de repasse;

b) na medição que apresentar execução física acumulada de 80% (oitenta por cento) do objeto do contrato de repasse;

c) na medição que apresentar execução física acumulada de 100% (cem por cento) do objeto do contrato de repasse;

IV – dispensa do aporte de contrapartida financeira obrigatória;

V – devolução de todos os rendimentos provenientes da aplicação dos recursos das contas correntes dos contratos de repasse à conta única do Tesouro ao final da execução do objeto contratado.

Parágrafo único. O concedente somente poderá autorizar o início de execução do objeto contratado após a liberação dos recursos referentes à primeira parcela de repasse da União.

Art. 79. No caso de irregularidades e descumprimento pelo conveniente das condições estabelecidas no Contrato de Repasse, o concedente, por intermédio de suas unidades gestoras, suspenderá a liberação das parcelas previstas, bem como determinará a suspensão do desbloqueio dos valores da conta vinculada do Contrato de Repasse, até a regularização da pendência.

§ 1º A utilização dos recursos em desconformidade com o Contrato de Repasse ensejará obrigação do conveniente devolvê-los devidamente atualizados, conforme exigido para a quitação de débitos para com a Fazenda Nacional, com base na variação da Taxa Referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - SELIC, acumulada mensalmente, até o último dia do mês anterior ao da devolução dos recursos, acrescido esse montante de 1% (um por cento) no mês de efetivação da devolução dos recursos à Conta Única do Tesouro.

§ 2º Para fins de efetivação da devolução dos recursos à União, a parcela de atualização referente à variação da SELIC será calculada proporcionalmente à quantidade de dias compreendida entre a data da liberação da parcela para o conveniente e a data de efetivo crédito, na Conta Única do Tesouro, do montante devido pelo conveniente.

§ 3º O concedente notificará o conveniente cuja utilização dos recursos transferidos for considerada irregular, para que apresente justificativa no prazo de 30 (trinta) dias.

§ 4º Caso não aceitas as razões apresentadas pelo conveniente, o concedente fixará prazo de 30 (trinta) dias para a devolução dos recursos, findo o qual encaminhará denúncia ao Tribunal de Contas da União.

Com o objetivo de dar maior transparência e publicidade às ações desenvolvidas por meio de convênio, contrato de repasse e termo de cooperação, a União criou, em 1º/08/2008, o Sistema de Convênios e Contratos de Repasse (Siconv), que pode ser acessado no endereço eletrônico: www.convenios.gov.br.

Todos os atos referentes à celebração, à execução, ao acompanhamento e à fiscalização dos termos de parceria celebrados deverão ser realizados ou registrados em módulo específico do Siconv.

O órgão concedente faz algumas exigências dos convenientes ou contratados para a celebração de convênio e contrato de repasse, seguem algumas delas:

- a) a demonstração de instituição, previsão e efetiva arrecadação dos impostos de competência constitucional do Ente federativo comprovado por meio do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) do último bimestre do exercício encerrado ou do Balanço-Geral, nos termos do art. 11 da Lei Complementar 101, de 2000;
- b) o Certificado de Regularidade Previdenciária (CRP), exigido de acordo com o Decreto 3.788, de 11 de abril de 2001;
- c) a comprovação do recolhimento de tributos, contribuições, inclusive as devidas à Seguridade Social, multas e demais encargos fiscais devidos à Fazenda Pública federal, incluindo a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- d) a inexistência de pendências pecuniárias registradas no Cadin, de acordo com o art. 6º, da Lei 10.522, de 2002;
- e) a comprovação de regularidade quanto ao depósito das parcelas do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- f) as prestações de contas de recursos anteriormente recebidos da União, conforme dispõe o art. 84, do Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, e art. 70, parágrafo único, da Constituição Federal;
- g) a inexistência de pendências ou irregularidades nas prestações de contas no Siafi e no Siconv de recursos anteriormente recebidos da União, conforme dispõe o art. 84 do Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, e o art. 70, parágrafo único, da Constituição;
- h) o pagamento de empréstimos e financiamentos à União, como previsto no art. 25 da Lei Complementar 101, de 2000;

- i) a aplicação dos limites mínimos de recursos nas áreas de saúde e educação, comprovado por meio do RREO do último bimestre do exercício encerrado ou no Balanço-Geral;
- j) a observância dos limites das dívidas consolidada e mobiliária, de operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, de inscrição em restos a Pagar e de despesa total com pessoal, mediante o Relatório de Gestão Fiscal;
- k) a publicação do Relatório de Gestão Fiscal de que tratam os arts. 54 e 55 da Lei Complementar 101, de 2000;
- l) o encaminhamento das contas anuais, conforme o art. 51 da Lei Complementar 101, de 2000;
- m) a publicação do Relatório Resumido da Execução Orçamentária de que trata a Lei Complementar 101, de 2000;
- n) a apresentação de suas contas à Secretaria do Tesouro Nacional ou entidade preposta nos prazos referidos no art. 51, § 1º, incs. I e II, da Lei Complementar 101, de 2000, observado o que dispõe o art. 50 da referida Lei.

O convênio e o contrato de repasse possuem restrições na sua execução, são elas:

- a) a realização de despesas a título de taxa de administração, de gerência ou similar;
- b) o pagamento, a qualquer título, servidor ou empregado público, integrante de quadro de pessoal de órgão ou entidade pública da administração direta ou indireta, por serviços de consultoria ou assistência técnica, salvo nas hipóteses previstas em leis específicas e na Lei de Diretrizes Orçamentárias;
- c) a alteração do objeto do convênio ou contrato de repasse, exceto no caso de ampliação da execução do objeto pactuado ou para redução ou exclusão de meta, sem prejuízo da funcionalidade do objeto contratado;
- d) a utilização, ainda que em caráter emergencial, dos recursos para finalidade diversa da estabelecida no instrumento, ressalvado o custeio da implementação das medidas de preservação ambiental inerentes às obras constantes do Plano de Trabalho;

- e) a realização de despesa em data anterior à vigência do instrumento;
- f) a realização de pagamento em data posterior à vigência do instrumento, salvo se expressamente autorizado pela autoridade competente do concedente ou contratante e desde que o fato gerador da despesa tenha ocorrido durante a vigência do instrumento pactuado;
- g) a realização de despesas com taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos fora dos prazos, exceto, no que se refere às multas, se decorrentes de atraso na transferência de recursos pelo concedente, e desde que os prazos para pagamento e os percentuais sejam os mesmos aplicados no mercado;
- h) a transferência de recursos para clubes, associações de servidores ou quaisquer entidades congêneres, exceto para creches e escolas para o atendimento pré-escolar;
- i) a realização de despesas com publicidade, salvo a de caráter educativo, informativo ou de orientação social, da qual não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal e desde que previstas no Plano de Trabalho.

Os órgãos e as entidades públicas que recebem recursos da União, por meio de convênios e contratos de repasse, são obrigados a observar as disposições contidas na Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos e demais normas federais pertinentes ao assunto, quando da contratação de terceiros. Salvo as situações de dispensa e inexigibilidade legalmente previstas, para a aquisição de bens e serviços comuns, é obrigatório o uso da modalidade pregão, nos termos da Lei 10.520/2002, utilizada, preferencialmente, na sua forma eletrônica. As atas e as informações sobre os participantes e as respectivas propostas das licitações, bem como as informações referentes às dispensas e inexigibilidades devem ser registradas no Siconv.

Os recursos são liberados conforme o cronograma de desembolso previsto no Plano de Trabalho e de acordo com as metas e fases ou etapas de execução do objeto do instrumento.

Para recebimento de cada parcela dos recursos, o conveniente ou contratado deverá:

- a) comprovar o cumprimento da contrapartida pactuada que, se financeira, deverá ser depositada na conta bancária específica do instrumento de convênio ou contrato, em conformidade com os prazos estabelecidos no cronograma de desembolso, ou depositada na Conta Única do Tesouro Nacional, na hipótese de o convênio ou contrato de repasse ser executado por meio do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi);
- b) atender às exigências para contratação e pagamento previstas nos arts. 56 a 64 da Portaria 507/2011;
- c) estar em situação regular com a execução do Plano de Trabalho.



Atenção, gestor!

Deve ser aberta conta bancária específica, em instituição oficial federal, para cada convênio ou contrato de repasse, na qual os recursos devem ser mantidos e somente podem ser utilizados para pagamento de despesas constantes do Plano de Trabalho ou para aplicação no mercado financeiro. Inclusive a contrapartida pactuada pelo ente conveniente ou contratado, também, deverá ser depositada na conta bancária específica do convênio ou contrato de repasse.

Enquanto não empregados na sua finalidade, os recursos devem ser obrigatoriamente aplicados:

- a) em caderneta de poupança de instituição financeira pública federal;
- b) em fundo de aplicação financeira de curto prazo, ou operação de mercado aberto lastreada em título da dívida pública.

Os rendimentos das aplicações financeiras devem ser aplicados no objeto do convênio ou do contrato de repasse, estando sujeitos às mesmas condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.



Alerta aos gestores!

Os rendimentos não podem ser computados como contrapartida devida pelo conveniente ou contratado.

Os recursos destinados à execução de convênio ou contrato de repasse devem ser mantidos bloqueados na conta específica e liberados quando da regular execução do objeto pelo mandatário, devendo serem observados os seguintes procedimentos:

- a) recursos de outros custeios para Municípios, Estados, Distrito Federal e entidades privadas sem fins lucrativos e sob o regime de execução direta. A liberação dos recursos relativos à primeira parcela deve ser antecipada na forma do cronograma de desembolso aprovado;
- b) a liberação da segunda parcela e seguintes, na hipótese do item anterior, deverá ficar condicionada à aprovação pelo concedente ou mandatário de relatório de execução com comprovação da aplicação dos recursos da última parcela liberada.

Todos os pagamentos e a movimentação dos recursos devem ser registrados no Siconv, devendo-se observar o seguinte:

- a) pagamentos realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços, facultada a dispensa deste procedimento, por ato da autoridade máxima do concedente ou contratante, devendo o conveniente ou contratado informar no Siconv o beneficiário final da despesa;

- b) transferência das informações relativas à movimentação da conta bancária específica ao Siafi e ao Siconv, em meio magnético, que deve ser providenciada pelas instituições financeiras.

O conveniente ou contratado, antes da realização de cada pagamento, deverá incluir no Siconv as seguintes informações:

- a) a destinação do recurso;
- b) o nome e o CNPJ ou CPF do fornecedor, quando for o caso;
- c) o contrato a que se refere o pagamento realizado;
- d) a meta, etapa ou fase do Plano de Trabalho relativa ao pagamento;
- e) a comprovação do recebimento definitivo do objeto do contrato, mediante inclusão no Sistema das notas fiscais ou documentos contábeis.

A execução do convênio ou contrato de repasse deve ser acompanhada por um representante do concedente ou contratante (chamado fiscal do contrato/convênio), especialmente designado e registrado no Siconv, que deve anotar em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à consecução do objeto, adotando as medidas necessárias à regularização das falhas observadas. Deverão ser registrados no Siconv os atos ou os relatórios de acompanhamento da execução do objeto.

Na fase de acompanhamento e fiscalização do objeto, devem ser verificadas:

- a) a comprovação da boa e regular aplicação dos recursos;
- b) a compatibilidade entre a execução do objeto e o que foi estabelecido no Plano de Trabalho, os desembolsos e pagamentos, conforme os cronogramas apresentados;
- c) a regularidade das informações registradas pelo conveniente ou contratado no Siconv;
- d) o cumprimento das metas do Plano de Trabalho nas condições estabelecidas.



Atenção!

O agente, que de alguma forma participou do processo de transferência de recursos, é responsável pelo ato que praticar no acompanhamento da execução do convênio ou contrato.

O conveniente ou contratado deve acompanhar e fiscalizar a execução, visando garantir a regularidade dos atos praticados e a plena execução do objeto, sendo ele responsável por danos causados a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do convênio ou contrato.

Os servidores dos órgãos concedentes ou contratantes devem ter acesso aos processos referentes à execução de convênio ou contrato de repasse, bem como os servidores dos órgãos de controle interno e externo do Poder Executivo Federal.

DESTAQUE

Aos agentes públicos!

O agente que, por ação ou omissão, causar embaraço, constrangimento ou obstáculo à atuação dos servidores, acima elencados, no desempenho de suas funções institucionais relativas ao acompanhamento e à fiscalização dos recursos federais transferidos, ficará sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal.

O concedente ou contratante deve comunicar ao conveniente ou contratado e ao interveniente, quando houver, quaisquer irregularidades decorrentes do uso dos recursos ou outras pendências de ordem técnica ou legal, e suspender a liberação dos recursos, fixando prazo de até trinta dias para saneamento ou apresentação de informações e esclarecimentos, podendo este prazo ser prorrogado por igual período.

Recebidos os esclarecimentos e as informações solicitadas, o concedente ou o contratante tem o prazo de dez dias para analisá-los e decidir quanto à aceitação das justificativas apresentadas, sendo que a apreciação fora do prazo previsto não implica aceitação das justificativas apresentadas.

Caso não haja regularização no prazo previsto, o concedente ou contratante deve realizar a apuração do dano e comunicar o fato ao conveniente ou ao contratado para que seja ressarcido o valor referente ao dano. O não atendimento dessas medidas saneadoras ensejará a instauração de tomada de contas especial.

O concedente ou contratante, no exercício das atividades de fiscalização e acompanhamento da execução do objeto, pode:

- a) utilizar de apoio técnico de terceiros;
- b) delegar competência ou firmar parcerias com outros órgãos ou entidades, com tal finalidade;
- c) reorientar ações e decidir quanto à aceitação de justificativas sobre impropriedades identificadas na execução do instrumento.

Ato normativo próprio do concedente ou contratante deve estabelecer o prazo para apresentação das prestações de contas. Este prazo deve constar do convênio ou contrato de repasse. O prazo para apresentação das prestações de contas, que deve constar do respectivo convênio, é de até sessenta dias após o encerramento da vigência ou a conclusão da execução do objeto, o que ocorrer primeiro.

A prestação de contas deve conter, além dos documentos e informações apresentados pelo conveniente ou contratado no Siconv, os seguintes documentos:

- a) relatório de cumprimento do objeto;
- b) declaração de realização dos objetivos a que se propunha o instrumento;
- c) relação de bens adquiridos, produzidos ou construídos, quando for o caso;
- d) relação de treinados ou capacitados, quando for o caso;
- e) relação dos serviços prestados, quando for o caso;
- f) comprovante de recolhimento do saldo de recursos, quando houver;
- g) termo de compromisso por meio do qual o conveniente ou contratado será obrigado a manter os documentos relacionados ao convênio ou contrato de repasse, nos termos do § 3º do art. 3º da Portaria nº 127/2008.



Atenção!

Caso a prestação de contas não seja encaminhada no prazo estabelecido no convênio ou contrato de repasse, o concedente ou contratante deve estabelecer o prazo máximo de trinta dias para sua apresentação, ou recolhimento dos recursos, incluídos os rendimentos da aplicação no mercado financeiro, atualizados monetariamente e acrescidos de juros de mora, na forma da lei.

Se o conveniente ou contratado não apresentar a prestação de contas nem devolver os recursos, o concedente deverá registrar a inadimplência no Siconv por omissão do dever de prestar contas e comunicar o fato ao órgão de contabilidade analítica a que estiver vinculado, para fins de instauração de tomada de contas especial sob aquele argumento e adoção de outras medidas para reparação do dano ao erário, sob pena de responsabilização solidária.



Alerta ao prefeito!

O prefeito e o governador sucessor devem prestar contas dos recursos provenientes de convênios e contratos de repasse firmados por seus antecessores. Na impossibilidade, deve apresentar ao concedente ou contratante justificativas que demonstrem o impedimento de prestar contas e as medidas adotadas para resguardar o patrimônio público.

Outras medidas que podem ser adotadas

Quando a impossibilidade de prestar contas decorrer de ação ou omissão do antecessor, o novo administrador deverá solicitar a instauração de tomada de contas es-

pecial. Os documentos que contenham as justificativas e as medidas adotadas deverão ser inseridos no Siconv.

Nesse caso, sendo o conveniente ou contratado órgão ou entidade pública, de qualquer esfera de governo, a autoridade competente, ao ser comunicada de todas essas medidas adotadas, deverá suspender de imediato o registro da inadimplência, desde que o administrador seja outro que não o faltoso.

Os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas, não utilizadas no objeto pactuado, devem ser devolvidos à entidade ou órgão repassador dos recursos, no prazo estabelecido para a apresentação da prestação de contas. A devolução desses valores deverá observar a proporcionalidade dos recursos transferidos e os da contrapartida previstos na celebração, independentemente da época em que foram aportados pelas partes.

Os bens remanescentes adquiridos com recursos transferidos poderão, a critério do ministro de Estado supervisor ou autoridade equivalente ou do dirigente máximo da entidade da administração indireta, ser doados quando, após a consecução do objeto, forem necessários para assegurar a continuidade de programa governamental, observado o disposto no respectivo termo e na legislação vigente, em especial o disposto no art. 15, inc. V, do Decreto 99.658/1990.

Consideram-se bens remanescentes os equipamentos e os materiais permanentes adquiridos com recursos do convênio ou contrato de repasse, necessários à consecução do objeto, mas que não se incorporaram a este.

O concedente ou contratante deve registrar no Siconv o recebimento da prestação de contas. A autoridade competente do concedente tem o prazo de noventa dias, contado da data do recebimento, para analisar a prestação de contas do instrumento, com fundamento nos pareceres técnico e financeiro expedidos pelas áreas competentes. O ato de aprovação da prestação de contas deve ser registrado no Siconv, cabendo ao concedente prestar declaração expressa de que os recursos transferidos tiveram boa e regular aplicação.

Caso a prestação de contas não seja aprovada, exauridas todas as providências cabíveis para regularização da pendência ou reparação do dano, a autoridade competente, sob pena de responsabilização solidária, deverá registrar o fato no Siconv e adotar

as providências necessárias à instauração da Tomada de Contas Especial, com posterior encaminhamento do processo à unidade setorial de contabilidade a que estiver jurisdicionado para os devidos registros de sua competência.

De acordo com a Portaria 507/2011, o conveniente deve manter sob sua guarda os documentos relacionados ao convênio pelo prazo de dez anos, contados da data em que for aprovada a prestação de contas. Todavia, em decisão judicial, este prazo foi entendido para vinte anos, *verbis*:

Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE OS PEDIDOS para determinar que a União se abstenha de destruir os documentos relativos à prestação de contas ou tomadas de contas de convênios e contratos firmados pelos órgãos federais pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a contar do término da vigência do contrato ou convênio, podendo mantê-lo em arquivos digitais, se preferir. Processo 2009.34.00.026027-5/DF (Ação Civil Pública) 17ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal.

Face a esse entendimento, a aplicabilidade dos prazos fixados no § 1º do art. 30 da IN STN 1º/1997, no § 3º, art. 3º da Portaria Interministerial CGU/MF/MPOG 127/2008 e no § 3º do art. 3º da Portaria Interministerial CGU/MF/MPOG 507/2011, restou suspensa a partir daquela data, devendo as unidades responsáveis pela operacionalização de convênios e contratos de repasse respeitarem o novo prazo estabelecido em juízo.

Legislação

Lei Complementar 101/2000;

Lei Complementar 141/2012;

Lei 8.666/1993;

Lei 8.080/1990;

Lei 8.142/1990;

Lei 10.520/2002;

Decreto 99.658/1990;

Decreto 1.819/1996;

Decreto 5.450/2005;

Decreto 6.170/2007;

Decreto 7.507/2011;

Decreto 7.508/2011;

Portaria Interministerial 127/2008;

Portaria Interministerial 507/2011;

Portaria 968/2002;

Portaria MS 3.085/2006;

Portaria MS 3.332/2006;

Portaria MS 837/2009;

Portaria MS 3.252/2009;

Portaria MS 1.378/2013;

Portaria MS 1.555/2013;

Portaria MS 1.554/2013;

Portaria MS 475/2014;

Instrução Normativa STN 1º/1997;

Instrução Normativa TCU 71/2012;

Instrução Normativa 11/2012.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Orientações sobre Aplicação de Recursos Financeiros do SUS, Repassados Fundo a Fundo – Ministério da Saúde – Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), 2001.

Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde Manual Básico Ministério da Saúde Secretaria Executiva Fundo Nacional de Saúde Série A. *Normas e Manuais Técnicos*. 3ª ed. revista e ampliada Brasília/DF, 2003.

Manual de Auditoria na Gestão dos Recursos Financeiros do SUS – Ministério da Saúde – Departamento Nacional de Auditoria (Denasus), 2004.

Gestão de Recursos Federais. *Manual para os Agentes Municipais*. Controladoria-Geral da União, Secretaria Federal de Controle Interno, 2005.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Convênios e outros repasses* – Tribunal de Contas da União. 2ª ed. Brasília: Secretaria-Geral de Controle Externo, 2008.

Transferências de Recursos da União – Perguntas e Respostas. Controladoria-Geral da União, Secretaria Federal de Controle Externo, 2013.

PISCITELLI, Roberto Bocaccio. Consultor Legislativo da Área IV – Finanças Públicas. Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados.



Sede

SCRS 505, Bl. C – Lt. 01 – 3º Andar
CEP: 70350-530 – Brasília/DF
Tel/Fax: (61) 2101-6000

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574
Bairro Menino Deus
CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS
Tel/Fax: (51) 3232-3330

www.cnm.org.br

 /PortalCNM

 @portalcnm

 /TVPortalCNM

 /PortalCNM