

Filantropia: seminário de capacitação

Dispositivos legais

(NOVO MARCO LEGAL DA FILANTROPIA)

Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009

Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010

Decreto nº 7.237, de 21 de julho de 2010

Decreto nº 7.300, de 14 de setembro de 2010

Portaria MS nº 3.355, de 04 de novembro de 2010

Instrução Normativa da SRFB nº 1.071, de 16/09/2010

**FÓCO DESTA CAPACITAÇÃO:
INSTITUIÇÃO COM ATUAÇÃO PREPONDERANTE EM**

SAÚDE

Lei nº 12.101, de 2009

Dispõe sobre:

- ➔ a certificação das entidades beneficentes de assistência social;
- ➔ regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social;
- ➔ altera a Lei nº 8.742/93;
- ➔ revoga dispositivos das Leis nºs 8.212/91, 9.429/96, 9.732/98, 10.684/03, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001;
- ➔ e dá outras providências.

Principais inovações

1.

Competência para certificação ou sua renovação

Caberá o Ministério da Saúde a certificação ou a sua renovação para as entidades com atuação preponderante em saúde. (atividade econômica principal no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda – CNPJ)

2.

Certificação ou sua renovação

Não há mais necessidade da entidade beneficente ser portadora dos títulos de Utilidade Pública Federal e Estadual ou Municipal,

3.

Período mínimo para certificação

A Certificação será concedida à entidade que demonstre, no exercício fiscal anterior ao do requerimento, observado o **período mínimo de 12 meses de constituição da entidade**, o cumprimento do disposto nas Seções I e IV do Capítulo II da Lei nº 12.101, de 2009.

4.

Redução do período mínimo

Poderá ser reduzido se a entidade for prestadora de serviços por meio de convênio 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.

Principais inovações

5.

Certificação e isenção

Não há mais necessidade de requerer a isenção. A certificação confere direito à isenção, automaticamente.

6.

Oferta e comprovação da prestação de serviços ao SUS

A entidade deverá ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% e comprovar, anualmente, essa prestação com base no **somatório** das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados. Portaria do Ministério da Saúde disciplina a forma de apuração do **somatório** dos serviços.

7.

Contrato, convênio ou instrumento congênere

Exigência da copia do convênio ou instrumento congênere firmado com o gestor local do SUS, ou outro documento que comprove a existência da relação de prestação de serviços de saúde, desde que definido em portaria do Ministério da Saúde. **(Atestado de regularidade de serviços prestados ao SUS pelo gestor local ou Resolução da CIB conforme modelo constante do Anexo IX, Portaria MS nº 3.355/2010)**

8.

Cumprimento de metas

Comprovar o cumprimento das metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere celebrado com o gestor local do SUS.

Principais inovações

9.

Registro dos serviços realizados

Registrar as internações e os atendimentos ambulatoriais de serviços ao SUS e não SUS nos sistemas **SIH**, **SIA** e na **CIH**.

10.

Quantificação dos 100% dos serviços prestados pela instituição

A entidade deverá, **obrigatoriamente**, informar ao Ministério da Saúde:

- a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para pacientes usuários do SUS e não SUS por meio do preenchimento dos sistemas de informação **SIA**, **SIH** e **CIH**, sendo que para os não usuários do SUS, **não haverá geração de créditos**;
- as alterações referentes aos registros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.

11.

Contrato de gestão (OS)

À produção da mantenedora **poderão ser incorporados até 10%** de serviços prestados ao SUS em decorrência de contrato de gestão.

12.

Hospitais de Excelência

A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com o Ministério da Saúde para: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

Principais inovações

13.

Tramitação dos processos

A tramitação e a apreciação do requerimento deverão obedecer à **ordem cronológica de sua apresentação**, salvo em caso de diligência pendente, devidamente justificada.

14.

Publicidade

O processo de certificação deverá, em cada Ministério, contar com plena publicidade de sua tramitação, permitindo à sociedade o acompanhamento pela internet de todo o processo. Deverão manter, nos respectivos sítios, lista atualizada dos certificados emitidos, seu período de vigência e recursos financeiros destinados às entidades.

15.

Fiscalização

O processo fiscalizatório será da responsabilidade da Secretaria da Receita Federal do Brasil, que pode cancelar os benefícios a partir da constatação do não cumprimento.

16.

Cancelamento da Certificação

Constatada, a qualquer tempo, a inobservância de exigências estabelecidas será cancelada a certificação, desde a data de lavratura da ocorrência da infração, sem prejuízo da exigibilidade do crédito tributário e das demais sanções previstas em lei.

Principais inovações

17.

Representação motivada

Verificada prática de irregularidade na entidade certificada, são competentes para representar, motivadamente, ao Ministério responsável:

- o gestor municipal ou estadual do SUS;
- a Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- 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
- o Tribunal de Contas da União.

18.

Quanto à isenção

A entidade beneficente certificada fará jus à isenção do pagamento das contribuições, desde que atenda, cumulativamente, aos seguintes requisitos:

- apresente certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos relativos aos tributos administrados pela SRFB e certificado de regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS;
- mantenha escrituração contábil regular, com registro das receitas, despesas e da aplicação em gratuidade de forma segregada, segundo normas do CFC.

Principais inovações

19.

Recadastramento

Os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome procederão ao recadastramento de todas as entidades sem fins lucrativos, beneficentes ou não, atuantes em suas respectivas áreas em até 180 (cento e oitenta) dias após a data de publicação da Lei, e tornarão os respectivos cadastros disponíveis para consulta pública. www.saude.gov.br/cebas-saude

20.

Placa indicativa

As entidades isentas na forma desta Lei deverão manter, em local visível ao público, placa indicativa contendo informações sobre a sua condição de beneficente e sobre sua área de atuação. Ver modelo no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude

21.

Artigo 110 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010

As entidades beneficentes certificadas até o dia imediatamente anterior à publicação da Lei 12.101, de 2009 e que prestam 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, 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 pacto do gestor do local, terão concedida a renovação, na forma do regulamento.

Principais inovações

22.

Entidades com atuação em mais de uma área

A entidade que atue em mais de uma das áreas de saúde, educação e assistência social, deverá requer a certificação ou sua renovação no ministério responsável pela sua área de atuação preponderante, **sem prejuízo da comprovação dos requisitos exigidos para as demais áreas.**

23.

Prazo para requerer a renovação

O requerimento de renovação da certificação deverá ser protocolado **com antecedência mínima de 6 meses do termo final de sua validade.**

24.

Certidões negativas

Obrigatório a apresentação da certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos relativos aos tributos administrados pela SRFB e certificado de regularidade do FGTS.

25.

Contabilidade

A entidade terá que manter escrituração contábil regular que registre as receitas e despesas de forma segregada, em consonância com as normas emanadas do Conselho Federal de Contabilidade. As entidades mistas terão, ainda de segregar, por área, o patrimônio, as receitas, **os custos** e as despesas de cada atividade.

Principais inovações

26.

Isenção do pagamento das contribuições

Desde que a entidade atenda a todos os requisitos da lei e do regulamento, fará jus à isenção do pagamento das contribuições de que tratam os arts. 22 e 23 da Lei 8.212/1991. **Atenção para com o cumprimento das obrigações acessórias estabelecidas na legislação tributária.**

27.

Suspensão do direito à isenção

Considerar-se-á automaticamente suspenso o direito à isenção durante o período em que se constatar o descumprimento de requisito exigido, devendo o lançamento ter como termo inicial a data da ocorrência da infração que lhe deu causa.

28.

Relatório de atividades

O Decreto 7.237/2010 fala em relatório de atividades desempenhadas no exercício fiscal anterior ao requerimento da certificação ou da renovação, **apresentado em formulário próprio**, destacando informações sobre o público atendido e os recursos envolvidos. (**recursos físicos, financeiros e de recursos humanos**)

29.

Do recurso contra a decisão de indeferimento

Da decisão que indeferir o requerimento ou que determinar seu cancelamento caberá recurso no prazo de trinta dias e após o recebimento das razões de recurso abrir-se-á **prazo de 15 dias para manifestação por meio eletrônico da sociedade civil.**

Principais inovações

30.

Parcerias para execução de ações

As ações de saúde, educação e de assistência social poderão ser executadas por meio de parcerias entre entidades privadas, sem fins lucrativos, que atuem nessas áreas, mediante ajustes ou instrumentos de colaboração, que prevejam a corresponsabilidade das partes na prestação dos serviços.

31.

Requerimento de entidade com atuação em mais de uma área

Deverá ser analisado concomitantemente pelos ministérios interessados e **somente será deferido se constatado o cumprimento dos requisitos para cada uma das suas áreas de atuação.**

32.

Requerimentos com documentação incompleta

Poderão ser complementados em única diligência a ser realizada no prazo máximo de 30 dias, contados da notificação, desde que, **em se tratando de renovação, a complementação ocorra, no máximo, dentro dos 6 meses do termo final da sua validade.** (NR dada pelo Art. 2º do Decreto nº 7.300/2010 ao § 2º do Art. 4º do Decreto nº 7.237/2010).

33.

Documentação incompleta: responsabilidade dos ministérios

Na hipótese de renovação da certificação, os ministérios deverão verificar se os requerimentos estão instruídos com os documentos necessários em prazo suficiente para permitir, quando for o caso, a sua complementação pela entidade requerente.

Principais inovações

34.

Prazo para complementar documentação

As entidades que protocolaram requerimento de concessão ou renovação da certificação após a entrada em vigor da Lei n° 12.101/2009 (30/11/2009) **TERÃO ATÉ O DIA 20 DE JANEIRO DE 2011**, para complementar a documentação apresentada, se necessário.

Principais inovações

35.

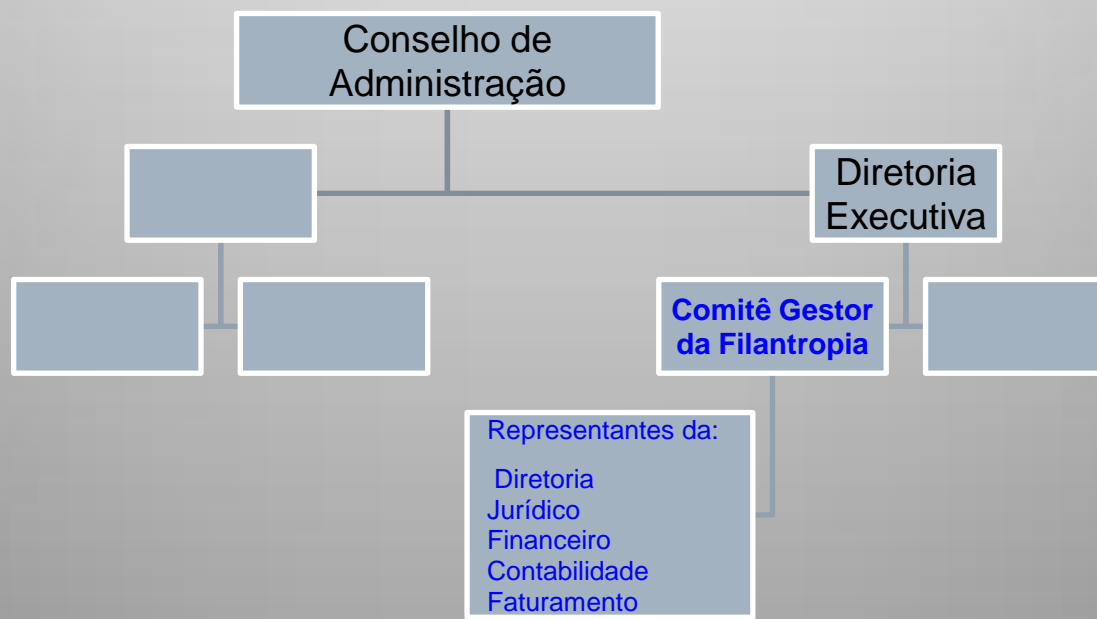
Do efeito da decisão

- Para o requerimento de **concessão do CEBAS-Saúde**, o efeito da decisão contará a partir da data de sua publicação.
- Para o requerimento de **renovação do CEBAS-Saúde**:
 1. **protocolizado no prazo**, o efeito da decisão contará:
 - 1.1 do término da validade da certificação anterior, se a decisão for favorável ou se a decisão for desfavorável e proferida até o prazo de seis meses; ou
 - 1.2 da data da publicação da decisão, se esta for desfavorável e proferida após o prazo de seis meses;
 2. **protocolizado após o prazo**, o efeito da decisão contará:
 - 2.1 do término da validade da certificação anterior, se o julgamento ocorrer antes do seu vencimento; ou
 - 2.2 da data da publicação da decisão, se esta for proferida após o vencimento da certificação.

Observação: no caso previstos no sub-item 2.2 a entidade não usufruirá dos efeitos da certificação no período compreendido entre o término da sua validade e a data de publicação da decisão, independentemente do seu resultado.

Diante das inovações, não será tarefa fácil administrar a filantropia

Organograma



METODOLOGIA DE CÁLCULO DO SOMATÓRIO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS E DA APURAÇÃO DO PERCENTUAL DE SERVIÇOS PRESTADOS AO SUS

Veamos, antes, alguns conceitos:

Pacientes-dia:

unidade de medida de permanência hospitalar, SUS e não SUS, de um paciente de 24 horas na internação hospitalar, em qualquer unidade (enfermaria, quarto semi-privativo, privativo, ou unidade de cuidados intensivos).

Vejam, antes, alguns conceitos:

Número de pacientes-dia/ano SUS:

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

Número de Pacientes-dia/ano não SUS:

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

alguns conceitos, continuação...

Valor médio de paciente-dia SUS: valor médio, em reais, correspondente a 24 horas de internação, obtido pela divisão do valor total do faturamento das AIHs pelo número de pacientes-dia SUS relacionado às internações realizadas e registradas no mesmo período e sistema.

Este valor será individualizado por hospital levando em consideração o valor total das internações, registradas no SIH, realizadas no período de 12 meses relativos ao exercício fiscal anterior ao do requerimento de certificação e o nº total dos pacientes-dia SUS apurado nestas internações.

Para os cálculos, o número a ser utilizado será o valor obtido desprezada a unidade monetária.

Fórmula:

$$\text{VMPDSUS} = \frac{\text{Valor total do faturamento da AIH/ano}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia/ano SUS}}$$

Exemplo de
Valor médio do paciente-dia SUS:

$$\text{VMPDSUS} = \frac{\text{R\$ } 12.000.000,00}{24.000} = \text{R\$ } 500,00$$

alguns conceitos, continuação...

Número de atendimentos ambulatoriais ano:

conjunto de consultas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados no nível ambulatorial no período de 12 meses relativos ao exercício fiscal anterior ao do requerimento de certificação.

Pela diversidade de procedimentos realizados no nível ambulatorial e para permitir seu **somatório**, os atendimentos ambulatoriais/ano serão expressos pelo valor total, em reais, de seu faturamento no período estabelecido.

Para os cálculos o número a ser utilizado será o valor obtido desprezada a unidade monetária.

alguns conceitos, continuação...

Unidade de Referência de Produção de Serviços (URPS):

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

alguns conceitos, continuação...

Unidade de Referência de Produção de Serviços (URPS):

A URPS é uma unidade de medida que, mediante critérios de conversão e ponderação aqui estabelecidos, unifica as unidades de medida das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais, permitindo o seu **somatório** e a expressão da totalidade dos serviços prestados pela entidade.

As URPS são relacionadas às internações hospitalares SUS (**URPSiSUS**); às internações hospitalares não SUS (**URPSiñSUS**); aos atendimentos ambulatoriais SUS (**URPSaSUS**) e aos atendimentos ambulatoriais não SUS (**URPSañSUS**).

alguns conceitos, continuação...

Número de atendimentos ambulatoriais /ano SUS:

resultado da divisão do valor total do faturamento dos procedimentos ambulatoriais realizados para usuários do SUS no período estabelecido e registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) pelo valor médio do paciente-dia SUS apurado.

Fórmula:

$$\text{URPS}_{\text{aSUS}} = \frac{\text{Valor total do faturamento SIA/ano}}{\text{Valor médio do paciente-dia SUS}}$$

alguns conceitos, continuação...

Número de atendimentos ambulatoriais /ano não SUS:

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

Fórmula:

$$\text{URPSa\~nSUS} = \frac{\text{Valor total do “faturamento” não SUS SIA/ano}}{\text{Valor médio do paciente-dia SUS}}$$

Número de atendimentos ambulatoriais /ano não SUS

Somente para o exercício de 2010

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

alguns conceitos, continuação...

Formas de conversão:

1. Na internação hospitalar

1.1 SUS: o número de pacientes-dia SUS será convertido em URPS considerando:

1 paciente-dia em UTI Geral do tipo II ou III	= 1,10 URPS
1 paciente-dia em UTI Pediátrica do tipo II ou III	= 1,15 URPS
1 paciente-dia em UTI Neonatal do tipo II ou III	= 1,25 URPS
1 paciente-dia em UTI Queimados	= 1,20 URPS
1 paciente-dia em outras instalações de internação	= 1,00 URPS

1.2 Não SUS: o número de pacientes-dia não SUS será convertido em URPS na razão de 1 URPS para cada paciente-dia em qualquer instalação de internação hospitalar.

alguns conceitos, continuação...

Formas de conversão:

2. No ambulatório

2.1 - SUS: o número de atendimentos ambulatoriais/ano SUS será convertido na razão de 1 atendimento ambulatorial/ano = 1 URPS, adotando-se sobre o total de URPS obtido o fator de ponderação, conforme o enquadramento da instituição.

Observação: se a entidade realizou, no exercício imediatamente anterior ao da apresentação do requerimento de certificação, número menor de Pacientes-dia/ano SUS do que a média verificada nos últimos três (3) exercícios anteriores ao em exame, será aplicado o fator de ponderação de 10% (dez por cento). Isto é, o número de **URPSaSUS** que poderá ser transportado para a fórmula de obtenção do Total de Serviços Prestados será, no máximo, igual ou menor, ao equivalente a 10% do número apurado de **URPSiSUS**.

Caso esse número tenha sido **igual** ou **maior** o fator de ponderação a ser aplicado será o de 15% (quinze por cento).

alguns conceitos, continuação...

Formas de conversão:

2. No ambulatório

2.2 - Não SUS: o número de atendimentos ambulatoriais/ano não SUS será convertido na razão de 1 atendimento ambulatorial/ano = 1 URPS, adotando-se sobre o total de URPS obtido o fator de ponderação de 10%.

Observação: sobre o número URPSaÑSUS, obtido mediante a aplicação da fórmula,

$$\text{Número de URPSaÑSUS} = \frac{\text{"faturamento" não SUS-SIA/ano}}{\text{Valor médio de paciente-dia SUS}}$$

será aplicado o fator de ponderação de 10% (dez por cento). Isto é, o número de URPSaÑSUS que poderá ser transportado para a fórmula de obtenção do Total de Serviços Prestados será, no máximo, igual ou menor, ao equivalente a 10% do número apurado de URPSiÑSUS.

URPS = Unidade de Referência de Produção de Serviços

Assim temos:

URPSiSUS = número de pacientes-Dia/ano SUS

URPSiñSUS = número de pacientes-Dia/ano não SUS

URPSaSUS = número de atendimentos ambulatoriais SUS

URPSañSUS = número de atendimentos ambulatoriais não SUS

Portanto,

o total de serviços prestados pela entidade, convertido em URPS, será igual ao resultado obtido na equação abaixo:

$$(URPSiSUS + URPSaSUS) + (URPSiñSUS + URPSañSUS)$$

Fórmula para obtenção do percentual de serviços ao SUS

$$\frac{(URPSiSUS + URPSaSUS) \times 100}{(URPSiSUS + URPSaSUS) + (URPSiñSUS + URPSañSUS)} = \% \text{ SUS}$$

Entidades com contrato de Gestão

A entidade de saúde que tenha sob sua gestão outra(s) entidade(s) de saúde, **poderá incorporar, no limite de até 10%** das URPS total de sua própria produção, aquelas URPS relacionadas ao SUS apuradas para o conjunto das entidades sob sua gestão, aplicando-se os mesmos critérios estabelecidos para a apuração das URPS hospitalar e ambulatorial SUS e não SUS.

Resultando daí a utilização das seguintes fórmulas:

Total de Serviços prestados pela entidade gestora

$$\text{URPS} = (\text{URPSiSUS} + \text{URPSaSUS}) + (\text{URPSiñSUS} + \text{URPSañSUS})$$

Total de Serviços prestados pela entidade sob gestão

$$\text{URPS} = (\text{URPSiSUS entidade sob gestão} + \text{URPSaSUS entidade sob gestão})$$

Observação: Se houver mais de uma entidade sob gestão, o total de serviços prestados por cada uma delas deverá ser somado ao total de serviços prestados pelas demais de forma a se obter um total geral.

Entidades com contrato de Gestão

As URPSiSUS **sob gestão** e a URPSaSUS **sob gestão** serão obtidas da mesma forma que o estabelecido no item II do Anexo VIII da Portaria do Ministério da Saúde e relativo ao somatório da produção de serviços prestados pelo conjunto de entidades sob gestão da entidade requerente. O valor a ser transportado para a fórmula acima será, no máximo, igual ou menor, ao equivalente a 10% do apurado da URPS total da entidade gestora.

Desta forma, o percentual de serviços prestados ao SUS será o resultado da aplicação da seguinte fórmula:

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

Entidade com serviços exclusivamente na área ambulatorial

O total dos serviços prestados será estabelecido com base nos atendimentos ambulatoriais, SUS e não SUS, segundo os enunciados, conceitos gerais descritos nos subitens 3.1 e 3.2 do item I do Anexo VIII da Portaria do Ministério da Saúde, aplicando-se a fórmula abaixo expressa.

Fórmula para obtenção do percentual de serviços ao SUS

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

Entidade que não atingir o mínimo de 60% de SUS

Na impossibilidade do cumprimento do percentual mínimo, em razão da falta de demanda, **declarada pelo gestor local do SUS**, ou não havendo contratação dos serviços de saúde da entidade, **deverá ela comprovar a aplicação de percentual da sua receita bruta em atendimento gratuito de saúde:**

- **20%**, se o percentual for inferior a 30%;
- **10%**, se o percentual for igual ou superior a 30% e inferior a 50%;
- **5%**, se o percentual for igual ou superior a 50% ou se completar o quantitativo das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais, com atendimentos gratuitos devidamente informados no SIA, SIH e CIH, não financiados pelo SUS ou por qualquer outra fonte.

Observação: Para a apuração da receita bruta anual **serão computadas as doações e as subvenções recebidas** ao longo do exercício, em todas as atividades realizadas e a comprovação da aplicação de percentual de sua receita bruta em atendimento gratuito se dará por demonstração contábil.

Exemplificando

Hospital de grande porte e alta complexidade, com UTI

NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Importante: 1 paciente-dia corresponde a 1 URPS

Valor médio do paciente-dia SUS = R\$ 329,30

Total de URPSi = URPSiSUS + URPSiñSUS

Total de URPSi = 184.375 + 158.864

Total de URPSi = **343.239**

NOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS:

Apuração da produção ambulatorial para o SUS

$$\text{Número de URPSaSUS} = \frac{\text{Faturamento total SIA/ano}}{\text{Valor Médio de Paciente-Dia SUS}}$$

$$\text{Total de URPSaSUS} = \frac{\text{R\$ 43.005.512,76}}{\text{R\$ 329,30}} = \mathbf{130.596}$$

Observação: a entidade realizou no exercício anterior nº menor de pacientes-dia/ano que a média dos últimos 3 anos. Portanto, está sujeita à aplicação do fator de **10%**. Isto é, o número de **URPSaSUS** que poderá ser transportado para a fórmula de obtenção do Total de Serviços Prestados será, no máximo, igual ou menor, ao equivalente a 10% do número apurado de **URPSiSUS** (**184.375 x 10% = 18.437**).

NOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS:

Apuração da produção ambulatorial para convênios e particulares

$$\text{Número de URPSa\~nSUS} = \frac{\text{“Faturamento” \~n SUS-SIA/ano}}{\text{Valor M\u00e9dio de Paciente-Dia SUS}}$$

$$\text{Total de URPSa\~nSUS} = \frac{\text{R\$ 28.308.213,65}}{\text{R\$ 329,30}} = \text{85.965}$$

Observação: sobre o n^o de URPSa\~nSUS acima obtido ser\u00e1 aplicado fator de pondera\u00e7\u00e3o de **10%** (dez por cento), isto \u00e9, o n\u00famero de URPSa\~nSUS que poder\u00e1 ser transportado para a f\u00f3rmula de obten\u00e7\u00e3o do Total de Servi\u00e7os Prestados ser\u00e1, no m\u00e1ximo, igual ou menor, ao equivalente a 10% do n\u00famero apurado de URPSi\~nSUS (**158.864 x 10% = 15.886**).

Portanto, o percentual de serviços ao SUS será:

$$\frac{(\text{URPSiSUS} + \text{URPSaSUS}) \times 100}{(\text{URPSiSUS} + \text{URPSaSUS}) + (\text{URPSiñSUS} + \text{URPSañSUS})}$$

$$\frac{(184.375 + 18.437) \times 100}{(184.375 + 18.437) + (158.864 + 15.886)}$$

$$\frac{(202.812) \times 100}{(202.812) + (174.750)}$$

$$\frac{20.281.200}{377.562} = 53,72\%$$

Percentual de serviços ao SUS para entidade com contrato de gestão:

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

$$\frac{[(184.375 + 18.437) + (37.756)] \times 100}{(184.375 + 18.437) + (158.864 + 15.886)}$$

$$\frac{[(202.812) + (37.756)] \times 100}{202.812 + 174.750}$$

$$\frac{240.568 \times 100}{377.562}$$

$$24.056.800$$

$$\frac{24.056.800}{377.562} = 63,71 \%$$

$$63,71 \%$$

Temos um novo tempo pela frente e não podemos perder a oportunidade de resgatar a moralidade da filantropia.

Meu muito obrigado pelo tempo e atenção que me dispensaram.