



RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA Nº 004/2021

A **CONTROLADORA GERAL DO MUNICÍPIO**, no uso de suas atribuições consoantes com a Lei nº 8794/2006 e Decreto Municipal nº 2051/2008, visando evitar/prevenir eventual responsabilidade público-administrativa, e salvaguardar o patrimônio público e social, promovendo a transparência pública e o controle social sobre os recursos públicos municipais, no âmbito municipal, resolve:

CONSIDERANDO que compete a Controladoria Geral do Município prevenir condutas que violem os princípios constitucionais e defender a correta aplicação das leis;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar e normatizar os procedimentos operacionais para contratos de prestação de serviços de saúde do município;

CONSIDERANDO que a elaboração de uma lista de verificação (*check list*) de atos administrativos a serem praticados em contratos de prestação de serviços colaborará para maior efetividade da fiscalização;

RESOLVE:

Estabelecer normas a serem observadas pelo gestor do contrato e fiscais da administração direta e indireta do município quando da prestação de contas e solicitação de pagamento de serviços ligados à saúde.



I – Considera-se prestação de serviços de saúde nesta recomendação a contratação de pessoa jurídica (médicos, material de consumo, material de expediente, taxa de administração) a serem prestadas nos seguintes estabelecimentos:

- a) Unidade de Pronto Atendimento Santa Paula;
- b) Unidade de Pronto Atendimento Santana;
- c) Hospital Municipal Amadeu Puppi.

II – No anexo I estão arrolados documentos que deverão instruir os processos de pagamento dos serviços de prestação de saúde contratados pela administração direta e indireta.

III – A lista de verificação representa os requisitos mínimos a serem analisados e não dispensa a necessidade de se verificar as peculiaridades do caso concreto para tratamento as quais, pela sua especificidade, não poderiam ser abordadas em uma lista geral.

IV – Na utilização da presente lista deve-se conferir, analisar e verificar a entrega da documentação pelo prestador de serviço sendo que o pagamento só deverá ser autorizado mediante emissão de atestado de conformidade de acordo anexo II.

Cabe ressaltar que as orientações aqui apresentadas não esgotam todas as particularidades da legislação, por esse motivo outras recomendações poderão ser acrescentadas oportunamente, na medida em que surgirem demandas específicas.

Ponta Grossa, 07 de junho de 2021.

Joana Dara de Oliveira Maior
Controladora Geral Interina



ANEXO I

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- () Ofício emitido pelo prestador de serviço solicitando o pagamento.
 - () Data de emissão após o término do período que está sendo solicitado o pagamento
 - () Detalhamento de solicitação de pagamento por rubricas
 - () Número do contrato
 - () Dados bancários para pagamento

- () Cópia de Contrato e todos os aditivos firmados
- () Certidões negativas vigentes conforme previsto em contrato
 - () Certidão de Regularidade de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União
 - () Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas
 - () Certidão de Regularidade do FGTS – CRF
 - () Certidão Negativa de Débitos Estaduais (*)
 - () Certidão Negativa Municipal (*)
 - (*) atentar para que essas certidões sejam do município sede informado no contrato

Garantia Contratual

- () Caso seja previsto em contrato, demonstrar a vigência da garantia contratual

Pagamento de médicos

- () Cópia da Escala
- () Cópia do Registro Ponto Individual
- () Cópia de contratos firmados com Pessoas Jurídicas
- () Relação dos médicos com referido valor a ser pago
- () Cópia de notas fiscais emitidas pelas pessoas jurídicas



-
-
- () Comprovantes de pagamentos aos médicos realizados no mês anterior
 - () Comprovante de recolhimento de tributos vinculados as notas fiscais apresentadas, referente ao mês anterior

Pagamento de funcionários

- () Cópia da Escala
- () Cópia do Registro Ponto Individual
- () Cópia da Folha de Pagamento na íntegra referente ao mês que está sendo solicitado o pagamento (Vencimentos e Descontos)
- () Listagem dos funcionários com respectivo valor líquido do salário
- () Comprovante de pagamento dos funcionários
- () Em caso de pagamento de férias verificar se o período aquisitivo corresponde ao período do contrato, caso contrário, glosar valores
- () Guia de recolhimento de FGTS
- () DARF de recolhimento de IRRF
- () Guia de recolhimento INSS
- () DARF de recolhimento de PIS
- () Cópia integral do relatório da GFIP – Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social

Para comprovação de custeio

- () Cópia de documentos que tenham referência direta ao objeto. Atentar para documentos de serviços prestados em outros municípios estes não devem compor o custeio

Para comprovação de aquisição de medicamentos, material de consumo, material de expediente

- () Cópia de notas fiscais de aquisição com data de emissão dentro do período contratual
- () Estoque inicial e Estoque final de cada mês



Relatório da Comissão de Avaliação de Metas Quantitativas e Qualitativas

() Se for previsto em contrato deverá ser anexado no processo o relatório de metas

Após análise, conferência e aprovação dos documentos apresentados:

Notas Fiscais

() Nota fiscal da prestação de serviço contendo:

() mês de referência

() Empenho

() Detalhamento da rubrica

Poderá ser solicitado conforme previsto em contrato:

() Relação dos procedimentos executados

() Resumo de Atendimento as metas contratuais

() Relatório do SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário

() Ata de Reuniões das Comissões e NEP

() Relatório de Manutenção de Equipamentos

() Lista de bens imobilizado

O processo de pagamento deverá conter:

() Descrição das glosas realizadas por rubrica

() Notificação da CONTRATADA das glosas a serem realizadas

() Termo de ciência da CONTRATADA referente as glosas realizadas



ANEXO II

ATESTADO DE CONFORMIDADE

Sei nº		Contrato nº	
Contratada			
Objeto			
Mês		Valor Pagamento	

Atestamos que o procedimento de solicitação de pagamento está em conformidade com a Recomendação Administrativa CGM nº 004/2021.

Item	Composição do Valor Total	Saldo anterior	Valor pgto mês	Saldo Rubrica
1	Pessoal + Encargos Sociais + Provisões + Prestação de Serviço Médico			
2	Insumos e Material Médico + Medicamentos + Manutenção e Serviços de Terceiros			
3	Ressarcimento de custeio da entidade			
Total				

Ponta Grossa, ____ de _____ de 202__.

Identificação dos fiscais e Assinatura