

Relatório de Auditoria Anual de Contas



Presidência da República

Controladoria-Geral da União

Secretaria Federal de Controle Interno

Unidade Auditada: COORD.GERAL DE FINANÇAS DO INSS NO DF

Exercício: 2013

Processo: 35000.000264/2014-51

Município: Brasília - DF

Relatório nº: 201406276

UCI Executora: SFC/DPPAS - Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Previdência Social

Análise Gerencial

Em atendimento à determinação contida na Ordem de Serviço nº 201406276, e consoante o estabelecido na Seção III, Capítulo VII da Instrução Normativa SFC nº 01, de 6.4.2001, apresentamos os resultados dos exames realizados sobre a prestação de contas anual apresentada pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, consolidando as informações sobre a gestão do Fundo do Regime Geral de Previdência Social – FRGPS.

1. Introdução

Os trabalhos de campo foram realizados no período de 7.4.2014 a 16.5.2014, por meio de testes, análises e consolidação de informações coletadas ao longo do exercício sob exame e a partir da apresentação do processo de contas pela unidade auditada, em estrita observância às normas de auditoria aplicáveis ao Serviço Público Federal.

Destaca-se que, a despeito de o INSS ter, de maneira geral, prestado as informações solicitadas durante os trabalhos de auditoria, os exames relativos à compensação financeira entre regimes previdenciários foram impactados de forma significativa, em decorrência da disponibilização intempestiva de informações solicitadas formalmente pela equipe de auditoria da CGU.

O Relatório de Auditoria encontra-se dividido em duas partes: Resultados dos Trabalhos, que contempla a síntese dos exames e as conclusões obtidas; e Achados de Auditoria, que contém o detalhamento das análises realizadas. Consistindo, assim, em



subsídio ao julgamento das contas apresentadas pela Unidade ao Tribunal de Contas da União – TCU.

Registra-se que os Achados de Auditoria apresentados neste relatório foram estruturados, preliminarmente, em Programas e Ações Orçamentárias organizados em títulos e subtítulos, respectivamente, segundo os assuntos com os quais se relacionam diretamente. Posteriormente, apresentam-se as informações e as constatações que não estão diretamente relacionadas a Programas/Ações Orçamentários específicos.

2. Resultados dos trabalhos

De acordo com o escopo de auditoria firmado, por meio da Ata de Reunião realizada em 18.10.2013 entre a Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Previdência Social - DPPAS/DP da Secretaria Federal de Controle Interno SFC/CGU e a Secretaria de Controle Externo da Previdência, Trabalho e Assistência Social – Secex/Previdência do Tribunal de Contas da União - TCU, na qual foi acordado que os trabalhos de auditoria associados às contas ordinárias dariam especial ênfase na avaliação objetiva sobre a **gestão de tecnologia da informação**, e, para além disso, com o que estabelece o Anexo IV da DN TCU nº 132/2013, foram efetuadas as seguintes análises:

2.1 Avaliação da Conformidade das Peças

Na análise das peças constantes do processo de prestação de contas do exercício de 2013 a principal questão considerada diz respeito à conformidade de tais peças com o estabelecido pelas normas do Tribunal de Contas da União – TCU, em especial no tocante aos formatos e conteúdos obrigatórios, nos termos da DN TCU nº 127/2013 e da Portaria TCU nº 175/2013.

Verificou-se que o INSS elaborou todas as peças requeridas pelo TCU. Entretanto, constataram-se impropriedades no preenchimento dos quadros constantes de quatro anexos do Relatório de Gestão, quais sejam: IV - Deliberações do TCU Atendidas no Exercício; V - Deliberações do TCU Pendentes de Atendimento ao Final do Exercício; VI - Recomendações do Órgão de Controle Interno Atendidas no Exercício; e VII - Recomendações do OCI Pendentes de Atendimento ao Final do Exercício.

Instados a se manifestarem sobre as ocorrências, os gestores do INSS assentiram com os apontamentos e procederam aos ajustes necessários, encaminhando nova versão do Relatório de Gestão ao TCU em 29.4.2013, após a requerida autorização da colenda Corte de Contas.



2.2 Avaliação dos Resultados Quantitativos e Qualitativos da Gestão

Em cumprimento à missão institucional e às diretrizes governamentais, o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, por meio dos programas constantes do Plano Plurianual – PPA 2012-2015, executa um conjunto de ações voltadas à melhoria da gestão e do atendimento, ao reconhecimento do direito e ao pagamento de benefícios, à promoção da inclusão no Regime Geral de Previdência Social – RGPS, à ampliação e reforma da rede de atendimento, à renovação do parque tecnológico, à atualização dos cadastros de segurados e seus dependentes e à qualificação profissional do quadro de servidores, entre outros objetivos. Esses programas e ações foram objeto de acompanhamento por parte desta CGU em 2013, e serviram de base para a avaliação dos resultados quantitativos e qualitativos da gestão do instituto no referido exercício.

O Programa Temático 2061 – Previdência Social representa um dos principais instrumentos viabilizadores das políticas públicas de previdência social brasileira, e é executado por todas as Unidades Jurisdicionadas que compõem o Ministério da Previdência Social – MPS. O INSS é responsável pela execução de 18 ações afetas ao referido programa.

Do total do Orçamento da Seguridade Social constante na LOA 2013 (R\$ 650,7 bilhões), o Programa 2061 alcança o montante de R\$ 344,4 bilhões, o que corresponde a aproximadamente 53% do total. Considerando-se o orçamento do Ministério da Previdência Social (Orçamento Fiscal + Orçamento da Seguridade Social), o programa em tela é responsável por 95% de um total de R\$ 362,3 bilhões. Por fim, tal programa representa aproximadamente 16% da receita total estimada nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que é de R\$ 2,165 trilhões. Resta, portanto, demonstrada a materialidade e, por conseguinte, a relevância do programa em comento.

Na análise dos resultados quantitativos e qualitativos da gestão de 2013, foram priorizadas as ações finalísticas, vinculadas ao Programa 2061, tendo em vista fatores de criticidade, relevância e materialidade. A principal questão considerada diz respeito à eficácia e eficiência da unidade em relação ao atingimento dos resultados previstos, em especial quanto aos objetivos e metas, físicas e financeiras, planejados ou pactuados para o exercício. A tabela seguir apresenta o resultado da execução física e financeira das ações analisadas.

Tabela 01 – Ações orçamentárias analisadas

Programa 2061 – Previdência Social			Valores em R\$
Ação 0E81 – Pagamento de Benefícios Previdenciários Urbanos			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	-	-	-
Financeira	269.213.983.244	269.213.945.583	100,0%
Ação 0E82 – Pagamento de Benefícios Previdenciários Rurais			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	-	-	-
Financeira	79.650.978.027	79.650.978.027	100,0%



Ação 009W – Compensação Previdenciária			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	-	-	-
Financeira	2.020.945.000	2.020.945.000	100,0%
Ação 2593 - Funcionamento das Unidades Descentralizadas da Previdência Social			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	2.020	2.023	100,1%
Financeira	859.356.413	804.253.601	93,6%
Ação 2292 - Serviço de Processamento de Dados de Benefícios Previdenciários			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	308.000	331.116	107,5%
Financeira	444.897.190	305.492.151	68,7%
Ação 2591 - Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	9.922.000	9.004.605	90,8%
Financeira	43.000.000	37.817.423	87,9%
Ação 116V – Instalação de unidades de funcionamento do INSS			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	83	84	101,2%
Financeira	103.205.644	61.872.715	60,0%
Ação 8869 – Reformas e adaptações das unidades do INSS			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	13	64	492,3%
Financeira	24.500.000	18.941.861	77,3%
Ação 2585 – Serviço de Reabilitação Profissional			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	35.147	16.701	47,5%
Financeira	30.830.758	16.077.973	52,1%
Ação 20HT - Sistema Nacional de Informações de Registro Civil - SIRC			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	1.313	61.409	46.770,0%
Financeira	600.000	532.035	88,7%
Ação 8426 - Desmobilização de Imóveis Não-operacionais do INSS			
Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão
Física	314	66	21,0%
Financeira	1.000.000	135.759	13,6%

Destaque-se que as ações 0E81 – Pagamento de Benefícios Previdenciários Urbanos, 0E82 – Pagamento de Benefícios Previdenciários Rurais e 009W – Compensação Previdenciária representam 99,6% da dotação atualizada do Programa 2061 – Previdência Social. Portanto, verifica-se a importância dessas ações frente ao orçamento total da autarquia.

De forma adicional, foram selecionadas outras ações que, embora possuam pouca representatividade quanto à materialidade, apresentam relevância no contexto das políticas públicas executadas pela autarquia e/ou risco considerando os critérios definidos no processo de planejamento das ações de auditoria da CGU.

Pagamento de Benefícios Previdenciários

Considerando-se a relação entre os dados de previsão e execução financeira das Ações 0E81 e 0E82, verifica-se um alto índice de execução. Conforme demonstrado na tabela, o INSS alcançou resultados significativos, com percentuais de execução de 100,0% para ambas as ações. Contudo, a despeito da Entidade manter, sem ocorrências significativas de problemas, o pagamento mensal de cerca de 30 milhões de benefícios, trabalhos



auditoriais realizados pela CGU no exercício de 2013 revelaram a existência de gargalos que impactam negativamente na execução das citadas ações, em especial as fragilidades relacionadas aos sistemas corporativos do INSS, fragilidades essas já apontadas por esta CGU em exercícios passados, desde o ano de 2002.

Por meio de auditorias de dados, foram constatados indícios de irregularidades em cerca de 205 mil benefícios – dos quais, até o final dos trabalhos de campo desta auditoria anual de contas, a autarquia concluiu a análise de 99,86% dos casos, tendo confirmado as irregularidades em 27,8% deles. Além da cessação de mais de 47 mil benefícios irregulares, o que representa uma economia anual estimada em R\$ 757 milhões, foram recuperados, ou estão em fase de recuperação, por parcelamento ou consignação, mais de R\$ 245 milhões, e estão em fase de cobrança administrativa ou judicial mais de R\$ 817 milhões. Foi ainda considerado de difícil recuperação um total de R\$ 132 milhões, relativo a casos de débitos prescritos, inexistência de bens a inventariar, débitos cancelados por decisão judicial ou recursal, ou a casos arquivados por determinação da Procuradoria Federal Especializada – PFE.

No exercício de 2013 a CGU realizou novos trabalhos de auditoria de dados, tendo constatado novos casos de indícios de irregularidades em cerca de 26,5 mil benefícios – dos quais, em mai/2014, haviam sido cessados 59,4%, enquanto 4,9% permaneciam ativos por decisão judicial ou recursal, e os demais (35,7%, ou 15,8 mil benefícios) encontravam-se sob análise para apuração e cobrança administrativa. Ainda, entre os benefícios cessados há cerca de 7 mil para os quais existe a possibilidade de ter havido pagamento indevido, razão pela qual tais benefícios também encontram-se sob análise do instituto.

Com o propósito de atuar sobre os elementos causadores das ocorrências descritas e em decorrência das recomendações de caráter estruturante feitas pela CGU ao instituto, foram adotadas várias medidas de gestão, entre as quais se destacam as ações relacionadas ao desenvolvimento e implantação dos novos sistemas em substituição aos atualmente utilizados no INSS, tais como o Sistema Integrado de Benefícios – SIBE e o Sistema Nacional de Informações de Registro Civil – SIRC.

Além do cruzamento de base de dados, foram realizadas pela CGU, em 2013, auditorias em 159 APS com o objetivo específico de verificar a existência e a adequabilidade dos instrumentos e mecanismos de controle utilizados pelo INSS com vistas a garantir a qualidade do processo de concessão, manutenção e pagamento do benefício de auxílio-doença.

Como resultado dos trabalhos, constatou-se a insuficiência dos instrumentos e mecanismos utilizados na concessão do benefício de auxílio-doença. As falhas identificadas afetam negativamente a qualidade do atendimento ao segurado da Previdência Social, impactada por deficiências na infraestrutura das APS para a realização de perícias e pelo tempo de espera para atendimento, bem como por risco de indeferimento de benefícios decorrente de erro na avaliação da incapacidade laborativa, e podem resultar em prejuízos ao INSS, decorrentes de fraudes no requerimento e concessão de benefícios, de deferimento de benefícios decorrente de erro na avaliação

da incapacidade laborativa, e ainda de pagamento a servidores por serviços não prestados, em decorrência de falta de pontualidade e assiduidade.

Em consequência, foram acordadas recomendações de caráter estruturante, incluindo: implementação ou aprimoramento de instrumentos de controle relacionados ao fluxo de atendimento de perícia médica, à formalização de processos de concessão de benefícios por incapacidade, ao cumprimento de carga horária de trabalho, ao cumprimento da agenda de perícias e à realização de atividades extra-agenda; capacitação e treinamento de servidores; realização de levantamentos e estudos de viabilidade relativos à identificação biométrica de segurados (e servidores) e às condições da rede de atendimento; elaboração de plano de adequação da infraestrutura das agências para a realização de perícias médicas; revisão e atualização das diretrizes relacionadas à atividade de perícia médica.

Além disso, pela sua importância e considerando os sucessivos atrasos ocorridos; foi acordado o estabelecimento e monitoramento efetivo do cronograma de implantação do SIBE-BI, bem como, em caso de descumprimento do referido cronograma, a aplicação, à empresa contratada, das sanções previstas.

O projeto SIBE, que substituirá os sistemas hoje utilizados para o reconhecimento de direitos, encontra-se atualmente com o módulo referente a Benefícios de Prestação Continuada / Lei Orgânica da Assistência Social – BPC/LOAS implementado. Os módulos restantes, entre os quais os de Benefícios por Incapacidade – BI, Aposentadoria por Idade e Monitor, apesar da previsão de conclusão a partir de 2008, não foram implementados em razão de inconsistências e atrasos no processo de desenvolvimento dos sistemas, de falhas nos processos de homologação, bem como na realização das implantações piloto.

A esse respeito, cabe ressaltar que a despeito de, após sucessivas revisões de cronogramas ao longo dos anos, o SIBE-BI encontrar-se hoje homologado, do ponto de vista da relação contratual de desenvolvimento de sistemas, foi informado pelo instituto que a realização de implantações piloto em 3 APS revelou a necessidade de ajustes tanto na questão de desempenho e estabilidade dos sistemas quanto no novo processo de trabalho por eles incorporado, impactando no desempenho do processo de concessão de benefícios. Tais fatos foram considerados fatores impeditivos para a implantação nacional da versão atual do Portal CNIS-SIBE. Assim, está em curso a definição de especificações para a geração de uma nova versão que seja implantável nacionalmente, a ser entregue até nov/2014. Essa solução deve contemplar mudanças estruturais, de usabilidade e de acessibilidade que melhorem a produtividade do atendimento ao segurado. Para atingir este objetivo, optou-se por completar o processo de reconhecimento de direito, concluindo os módulos necessários à substituição integral dos sistemas legados SABI e PRISMA para todos os processos de trabalho, incluindo atualização, judicial, revisão e recurso – exceto para o tratamento de ação civil pública.

Foi ainda constituído um grupo de trabalho para revisar procedimentos de atendimento para a concessão de benefícios por incapacidade, com o objetivo de garantir que o processo de implantação dos novos sistemas atenda às premissas de melhoria da

qualidade dos serviços, maior segurança nos processos de trabalho e aumento da resolutividade no atendimento.

De modo semelhante, algumas fragilidades que oportunizaram o pagamento irregular de benefícios cujos titulares possuem registro de óbito somente serão mitigadas com a implantação do Sistema Nacional de Informações de Registro Civil – SIRC. Ocorre que a efetiva implantação do SIRC nos cartórios encontrava-se pendente desde 2012, devido à falta de ato normativo de instituição desse sistema e do seu respectivo comitê gestor. Esta lacuna foi fechada com a edição do Decreto nº 8.270, de 26.6.2014.

Compensação Previdenciária

Considerando-se a relação entre os dados de previsão e execução financeira da Ação 009W – Compensação Previdenciária, verifica-se um alto índice de execução – da ordem de 100%, conforme demonstrado. Contudo, apesar da execução orçamentária satisfatória, trabalhos auditoriais realizados pela CGU entre 2008 e 2013 revelam a existência de gargalos no processo gerencial de compensação previdenciária, entre os quais se destacam:

- Falta de cobrança dos valores devidos ao RGPS pelos RPPS, em decorrência da falta de celebração de convênio entre o MPS e os RPPS para a operacionalização e concessão de acesso aos sistemas que possibilitam a compensação previdenciária, com impacto negativo estimado em R\$ 9 milhões mensais para o RGPS, e montante acumulado estimado em R\$ 900 milhões (dados relativos a ago/2013);
- As contribuições previdenciárias devidas pelos entes ao RGPS não estavam sendo devidamente descontadas quando do processo de compensação financeira, equivalendo a um montante de cerca de R\$ 361 milhões (dados relativos a ago/2008);
- Ausência de critérios para a seleção dos requerimentos de compensação financeira encaminhados pelos RPPS para análise pelo INSS, expondo a entidade ao risco de manipulação, direcionamento e fraudes na execução do referido processo; e
- Falta de reciprocidade na análise dos requerimentos de compensação financeira entre o RGPS e os RPPS, com um impacto estimado em R\$ 66 milhões anuais (dados relativos a ago/2013).

Tais fatos ensejaram a recomendação de medidas de caráter estruturante aos gestores da autarquia já no exercício de 2009. Porém, apesar de terem sido adotadas providências no sentido de alterar e elaborar os normativos e as orientações vigentes para os processos operacionais relativos à compensação financeira entre regimes previdenciários, conforme fora recomendado, verifica-se que, do ponto de vista operacional, os ajustes não foram efetivamente implantados. De modo geral, pode-se dizer que os problemas apontados ainda hoje continuam impactando negativamente a gestão do INSS.

Merece destaque que, indo de encontro ao recomendado e formalmente estabelecido pelos normativos, os últimos trabalhos auditoriais evidenciaram ainda que o INSS tem atuado no sentido de dar celeridade às análises dos requerimentos de compensação previdenciária de determinados entes, inclusive com a criação de forças-tarefa com este objetivo, mesmo quando os respectivos RPPS apresentam baixos índices de

reciprocidade na análise dos requerimentos de compensação previdenciária apresentados pela autarquia.

Ainda, a contratação de empresas de consultoria com alegada especialização em compensação previdenciária, pelos RPPS ou pelos respectivos entes federativos, para a execução de serviços que, em tese, deveriam ser realizados pelos próprios servidores do ente, aliada ao fato de não haver, de fato, procedimentos claros e determinados para dar fluxo às análises de requerimentos protocolados pelos RPPS nas Gerências-Executivas do INSS, propicia um cenário de risco para a interferência externa nessa etapa do processo de compensação financeira entre regimes previdenciários.

Funcionamento das Unidades Descentralizadas

No que tange à Ação 2593 – Funcionamento das Unidades Descentralizadas da Previdência Social, apesar do cumprimento de mais de 90% das metas física e financeira (100,1% e 93,6%, respectivamente), na análise de uma amostra das contratações realizadas pelas Unidades Descentralizadas em 2013 foram identificadas as seguintes inconsistências: deficiências no acompanhamento da execução dos contratos; ausência de indicadores acerca da execução dos contratos; e deficiência, por parte da Administração Central, no acompanhamento físico/financeiro das Superintendências Regionais e Gerências-Executivas.

Serviço de Processamento de Dados de Benefícios Previdenciários

No tocante à Ação 2292 – Serviço de Processamento de Dados de Benefícios Previdenciários, a execução financeira foi de 69% do previsto, impactado principalmente por contingenciamento orçamentário, imposto em dois momentos distintos do exercício, em maio e em julho, ocasionando prejuízo às ações já contratadas junto à Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Dataprev. Apesar disso, a execução física superou a meta em 7,5%.

Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários

No que tange à Ação 2591 – Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários, ocorreu o cumprimento de cerca de 90% das metas física e financeira (90,8% e 87,9%, respectivamente). Destaca-se que esta ação é a responsável pela execução de indicadores de desempenho do Plano de Ação, incluindo a implantação dos novos sistemas de benefícios. Ressalta-se ainda que cerca de 40% do total de despesas com diárias pagas a servidores do INSS foi alocado nesta ação orçamentária, e que, em virtude do contingenciamento orçamentário ocorrido em agosto, foi suspensa a especificação do escopo da aposentadoria por idade do SIBE, tendo sido reduzida a equipe convocada, e as homologações referentes ao benefício por incapacidade passaram a ser efetuadas remotamente, pelos servidores que realizavam esta tarefa no âmbito da Diretoria de Benefícios, na sua lotação de origem.

Instalação, Reformas e Adaptações de Unidades do INSS

Estas ações orçamentárias possuem relevância em razão de constituírem o instrumento viabilizador da substituição de prédios locados ou cedidos ao INSS por prédios

próprios, bem como de contemplar o Plano de Expansão da Rede de Atendimento – PEX, que visa construir 720 novas agências, e que, até o final de 2013, havia resultado em 309 novas unidades de atendimento em todo o território nacional.

Para a Ação 116V – Instalação de unidades de funcionamento do INSS, a LOA 2013 estipulou como meta a instalação de 83 unidades, sendo 63 unidades previstas no localizador nacional e as outras 20 distribuídas em 13 localizadores orçamentários específicos. Em 2013 foram concluídas 84 obras, o que representa 101,2% da meta física. Quanto à meta financeira, de pouco mais de R\$ 103 milhões, foram executados quase R\$ 62 milhões, ou 60% do previsto. Com relação à Ação 8869 – Reformas e adaptações das unidades do INSS, a LOA 2013 estipulou 13 unidades como meta física, tendo sido concluídas 64 obras, o que equivale a 492,3% da meta física. Quanto à meta financeira, de R\$ 24,5 milhões, foram executados quase R\$ 19 milhões, ou 77% do previsto.

Acerca da aparente incoerência entre os percentuais de execução física e financeira das ações que envolvem obras de engenharia, ressalte-se que a execução física refere-se às obras concluídas no exercício, incluindo as unidades com pendência de conclusão, correspondente a obras iniciadas em exercício anterior. Tal prática, apesar de prejudicar a real correlação entre as metas orçamentárias – que valem somente para o exercício em que foi recebida a dotação – e as metas físicas, é prática usual na gestão orçamentária do instituto, pois encontra respaldo no antigo Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento - SIGPlan, em que havia orientação para que os restos a pagar não liquidados no exercício de origem fossem incluídos no exercício em que o objeto da despesa (obra de engenharia, no caso em tela) fosse efetivamente entregue. Assim, é possível que uma ação não apresente elevada execução orçamentária no exercício de referência, mas apresente execução física elevada, em virtude da inscrição no exercício anterior em restos a pagar, sendo a entrega efetiva realizada somente em exercício posterior.

Releva destacar que, em atendimento ao Acórdão TCU nº 2.170/2012 – Plenário, em 2012 a autarquia promoveu ampla pesquisa sobre as condições de acessibilidade dos seus prédios operacionais, tanto prédios voltados para o atendimento quanto prédios administrativos. A pesquisa identificou a necessidade de um volume de obras de reforma e construção além da capacidade operacional do INSS para um só exercício, de modo que está sendo elaborado um plano de obras capaz de atender as demandas de acessibilidade, iniciando-se da mais crítica para a menos crítica. Para realizar as obras de promoção da acessibilidade, haverá necessidade de reescalonamento do cronograma do PEX, considerando a capacidade operacional limitada do instituto, principalmente das áreas de engenharia, logística e orçamentária.

Destaque-se ainda a determinação do TCU, consubstanciada no Acórdão nº 7.241/2013 – 1ª Câmara, para que o INSS informasse no próximo Relatório de Gestão “*as medidas adotadas com a finalidade de melhorar os resultados da Ação do PPA 8869/116V ‘Adequar a estrutura física das unidades do INSS’, uma vez que, com relação à expansão da rede de agências, das 720 previstas entre 2009 e 2011, somente 116 foram concluídas*”. A esse respeito, a autarquia enumerou os principais fatores que

impactaram diretamente no não cumprimento integral das metas estabelecidas, quais sejam: dificuldades na aquisição de terrenos, decorrente da indisponibilidade por parte de prefeituras, bem como inviabilidade técnica de terrenos indicados para a doação; necessidade de estruturas de cargos e funções para a instalação de todas as APS previstas; contingenciamentos orçamentários; carência de servidores para lotação nas novas unidades e de profissionais da área de engenharia; e adequações a recomendações de órgãos de controle. As medidas adotadas incluíram: a publicação do Decreto nº 7.556/2011, que contemplou a criação novas estruturas que permitiriam a instalação de 500 novas unidades; realização de concurso público para a contratação 190 engenheiros, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público decorrente das obras previstas no PEX (na verdade, apenas 51 vagas foram preenchidas); e elaboração de projetos básicos completos e de projetos executivos padrão.

Serviço de Reabilitação Profissional

Os percentuais de execução física e financeira relativos à Ação 2585 – Serviço de Reabilitação Profissional foram bastante próximos, da ordem de 50% das metas (47,5% e 52,1%, respectivamente).

Releva ressaltar que trabalhos realizados em 2013 pela Auditoria-Geral do INSS, sobre a adequabilidade dos controles internos dos Serviços/Seções de Saúde do Trabalhador – SST das Gerências-Executivas identificaram as seguintes fragilidades relativas à reabilitação profissional: descumprimento de normativos pelos SST; subutilização pelo SST dos sistemas corporativos como ferramenta de gestão; inexistência de atividades de controle e supervisão *"in loco"* de modo rotineiro; controle ineficiente das atividades médico-periciais, de reabilitação profissional e serviço social; baixo índice de adequabilidade dos Laudos Médicos Periciais; insucesso em reabilitar os segurados inscritos no programa de reabilitação, no prazo pactuado no Termo de Compromisso; parcerias, acordos e convênios insuficientes na reabilitação profissional e serviço social; controle ineficiente da qualidade dos serviços prestados por empresas parceiras; insuficiência no aperfeiçoamento dos mecanismos de reconhecimento inicial do direito, que envolvam a reabilitação profissional; e inadequação da infraestrutura do serviço social e reabilitação profissional. A esse respeito, as medidas adotadas pela DIRSAT incluíram a realização de supervisões técnicas em Gerências-Executivas, a participação em reuniões técnicas das Superintendências Regionais e a realização de videoconferências com equipes de RP para acompanhamento e uniformização de procedimentos.

Releva informar que a utilização do Sistema de Reabilitação Profissional – SRP pelas GEX e APS ocorre de forma parcial, em virtude de limitações do sistema operacional, sobretudo no que se refere ao número de acessos simultâneos permitidos, com relatos de constantes quedas e episódios de indisponibilidade.

Ressalte-se que o projeto “Revitalização da Reabilitação Profissional”, inserido no Plano de Ação 2013 do INSS, foi formalmente encerrado em setembro de 2013, sendo substituído pelo Projeto “Reabilitação Profissional: Articulando Ações em Saúde do Trabalhador e Construindo a Reabilitação Integral”, inserido no Plano de Ação 2014.

Desta forma, a Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT iniciou um amplo processo de discussão de um novo modelo de avaliação da capacidade laborativa. O Novo Modelo de Avaliação da Capacidade Laboral e do Nexo Técnico Previdenciário engloba o objetivo de promover reabilitação profissional a partir de ações integradas com outras políticas de Seguridade Social, no sentido de estabelecer redes articuladas de reabilitação, descentralizadas e estruturadas no âmbito dos entes federados.

Releva ainda destacar que foi iniciado o desenvolvimento da primeira etapa do sistema de informação da Reabilitação Profissional – SIBE-RP, cujo objetivo é sistematizar os dados referentes a esse serviço, para que sirvam à gestão e ao aprimoramento da reabilitação profissional. A primeira etapa de estruturação das variáveis que devem compor as informações da reabilitação profissional está em fase final de definição das regras de negócio. Na sequência, caberá a homologação e consequente início de pilotos de implantação assistidos.

Em suma, a autarquia ainda encontra dificuldades em realizar, de forma efetiva, a reabilitação profissional de seus segurados, sendo necessário articular, com outros parceiros institucionais, programas e ações para os serviços de RP.

Sistema Nacional de Informações de Registro Civil – SIRC

O desenvolvimento do Sistema Nacional de Informações de Registro Civil – SIRC tem a finalidade de captar informações de Registro Civil de nascimento, casamento, averbações, etc. Com a implementação do SIRC, objetiva-se melhorar a rotina de cessação de benefícios nos casos de óbito, disponibilizar dados do Registro Civil para o Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS e para os processos de reconhecimento e manutenção de direitos aos benefícios como também, futuramente, ser a base para o Registro de Identificação Civil – RIC e atribuição do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF no registro de nascimento.

A efetiva implantação do Sistema Nacional de Informações de Registro Civil – SIRC nos cartórios encontrava-se pendente desde 2012 devido à falta de ato normativo de instituição desse sistema e do seu respectivo comitê gestor. A ausência de norma legal que regulamentasse a operacionalização do SIRC e impusesse a obrigatoriedade de uso por parte dos cartórios de registro civil de pessoas naturais comprometeu a expansão nacional desse sistema. Esta lacuna foi fechada com a edição do Decreto nº 8.270, de 26.6.2014. Ressalte-se que algumas fragilidades que oportunizaram o pagamento irregular de benefícios cujos titulares possuem registro de óbito somente serão mitigadas com a implantação do SIRC.

Ao final do exercício de 2013, o SIRC encontra-se em fase de pré-implantação, em poucas dezenas de cartórios piloto, dos quais cerca de dois terços tinham fornecido informações de registros civis de nascimento, casamento e óbito no sistema, em cumprimento à Portaria MPS nº 269, de 25.5.2011. Apesar disso, a captação de registros civis ultrapassou a meta pretendida, com execução física de 46.770% da meta. Conclui-se, portanto, que a meta foi subdimensionada, por tratar-se de ação orçamentária nova, e que depende de atos externos ao instituto para sua implementação. Desta forma, restou



por ser estimada de forma conservadora. Quanto à execução orçamentária, verifica-se que foi da ordem de 90% da meta.

Desimobilização de Imóveis Não-Operacionais do INSS

A Ação 8426 – Desimobilização de Imóveis Não-Operacionais do INSS visa regularizar os imóveis dominicais, ou seja, aqueles considerados prescindíveis às atividades operacionais do INSS, objetivando desonerar a administração e auferir maior liquidez ao Fundo do Regime Geral da Previdência Social – FRGPS.

No exercício de 2013 foram alienados 66 imóveis, o equivalente a 21% da meta estabelecida. Quanto à execução financeira, foi da ordem de 14% do previsto. Entre as restrições dificultaram a execução da ação, o instituto enumerou: indefinição dos Ministérios das Cidades e da Saúde para concluir as aquisições dos imóveis selecionados como de seu interesse; cobrança pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro do IPTU em grande parte dos imóveis localizados naquela cidade; ocorrência de diversos leilões que tiveram o resultado deserto; e falta de estrutura organizacional adequada nas Gerências-Executivas.

Verifica-se, portanto, que persiste o quadro de baixa execução orçamentária, resultante diretamente da baixa capacidade operacional do INSS para regularizar os imóveis, sobretudo no âmbito das Gerências-Executivas, onde os processos de regularização de imóveis concorrem com a estruturação dos processos responsáveis pelo funcionamento das unidades, tais como: vigilância, limpeza, água, energia, telefonia, manutenção, obras, etc.

Em suma, diante da análise das ações selecionadas verificou-se que, de maneira geral, o INSS atingiu os resultados quantitativos e qualitativos previstos para o exercício de 2013, preservando-se a coerência entre a finalidade das ações e os respectivos objetos dos gastos. Destaca-se, ainda, que os controles internos administrativos utilizados pela autarquia na avaliação desses resultados foram testados e julgados suficientes, de modo geral, com algumas exceções.

2.3 Avaliação dos Indicadores de Gestão da UJ

Na análise dos indicadores instituídos para aferir o desempenho da gestão a principal questão considerada diz respeito ao atendimento aos requisitos de completude, comparabilidade, confiabilidade, acessibilidade e economicidade, conforme a seguir definidos:

- **Completude:** capacidade de representar, com a maior proximidade possível, a situação que a unidade pretende medir e de refletir os resultados das intervenções efetuadas na gestão.
- **Comparabilidade:** capacidade de proporcionar medição da situação pretendida ao longo do tempo, por intermédio de séries históricas.



- **Confiabilidade:** confiabilidade das fontes dos dados utilizados para o cálculo do indicador, avaliando, principalmente, se a metodologia escolhida para a coleta, processamento e divulgação é transparente e reaplicável por outros agentes, internos ou externos à unidade.
- **Acessibilidade:** facilidade de obtenção dos dados, elaboração do indicador e de compreensão dos resultados pelo público em geral.
- **Economicidade:** razoabilidade dos custos de obtenção do indicador em relação aos benefícios para a melhoria da gestão da unidade.

O Relatório de Gestão – RG 2012 consignava 12 indicadores de desempenho. Para 2013, foram descontinuados (no RG) os indicadores: (i) PRA75D – Processos em Análise há mais de 75 dias; (ii) ICR – Índice de Concessão em Grau de Recurso; (iii) TMEA-AS – Tempo Médio de Espera do Atendimento Agendado para Avaliação Social (Benefício Assistencial a Pessoas com Deficiência); (iv) TMRP – Tempo Médio de Permanência do Segurado em Processo de Reabilitação Profissional; e (v) TMRB – Tempo Médio de Revisão de Benefícios Previdenciários. Em contrapartida, três novos indicadores foram incorporados: (i) TMTC – Tempo Médio de Tramitação para Cumprimento de Decisão Recursal nas GEX; (ii) TMEA-PL – Tempo Médio de Espera para Avaliação do Potencial Laboral; e (iii) PRA45D – Percentual de Processos em Análise há mais de 45 dias.

Regra geral, os indicadores retratam o desempenho da autarquia no atendimento aos segurados e usuários dos benefícios ou prestações previdenciárias e assistenciais administradas pelo INSS. As tabelas a seguir demonstram os dez indicadores avaliados e os resultados da avaliação.

Tabela 02 – Indicadores avaliados

Denominação Sintética	Descrição	Fórmula de cálculo e/ou aferição
TMEA Tempo Médio de Espera no Atendimento Agendado	Afere o tempo que o cliente aguarda para ser atendido, bem como a capacidade da APS em recepcionar toda a sua demanda dentro de um limite de tempo aceitável.	Soma dos tempos compreendidos entre a data da solicitação do agendamento até a data do atendimento / Quantidade de agendamentos solicitados.
TMEA-PM Tempo Médio de Espera no Atendimento Agendado Perícia Médica	Afere o tempo em que o cliente aguarda para ser atendido, bem como a capacidade da APS em recepcionar toda a sua demanda dentro de um limite de tempo aceitável.	Soma dos tempos compreendidos entre a data da solicitação do agendamento de perícia até a data do atendimento / Quantidade de agendamentos de perícia solicitados.
TMC Tempo Médio de Concessão	Mede o tempo de espera para processos com despacho favorável.	Soma dos tempos de processamento dos benefícios / Quantidade de benefícios concedidos; excluídos despachos 03 e 04.
IRES Índice de Resolubilidade	Mede o nível de resolubilidade dos Requerimentos de Benefício	Total de benefícios com data de habilitação igual à data de formatação, dividido pelo total de requerimentos no período.



Denominação Sintética	Descrição	Fórmula de cálculo e/ou aferição
TMTR Tempo Médio de Tramitação dos Processos Iniciais de Recurso Administrativo	Mensura o tempo decorrido entre a entrada do pedido de recurso na APS e seu encaminhamento à JR.	Somatório dos tempos decorridos entre a data de protocolização ou recebimento dos processos de recurso ordinário e a data do encaminhamento do processo ao CRPS (data do encaminhamento do processo de recurso ordinário para julgamento - data de interposição do recurso à JR), dividido pelo número de processos encaminhados.
TMCDR Tempo Médio de Cumprimento de Decisão de Recurso Administrativo	Mensurar o tempo médio gasto pelo INSS para cumprimento das decisões definitivas dos processos de recurso administrativo retornados das Juntas de Recurso.	Somatório dos tempos de cumprimento das decisões dos processos de recurso administrativo retornados das Juntas de Recurso (data de cumprimento – data de recebimento), dividido pela quantidade de recursos cumpridos.
MOB CGU/TCU Monitoramento Operacional de Benefícios – CGU/TCU	Quantifica os processos pendentes de apuração da CGU e do TCU	Quantidade de benefícios cadastrados no Sistema CMOBEN que foram demandados pela CGU e pelo TCU até 31.10.2011 pendentes de apuração.
TMTC Tempo Médio de Tramitação para Cumprimento de Decisão Recursal nas GEX	Mensura o tempo médio gasto entre o recebimento do processo de recurso na SR/GEX e o efetivo envio à APS competente	Somatório dos tempos de cumprimento – ou de envio às APS – das decisões dos processos de recurso administrativo retornado das Juntas de Recurso recebidos na SR/GEX, dividido pela quantidade de recursos recebidos.
TMEA-PL Tempo Médio de Espera para Avaliação do Potencial Laboral	Acompanhar o tempo de espera do segurado até a análise de elegibilidade para entrar em programa de reabilitação profissional	Somatório da data entre a realização da perícia de encaminhamento à reabilitação profissional (DRE da fase 6) até a data da emissão da Conclusão de Avaliação do Potencial Laboral dos segurados em benefício por incapacidade (B31 e B91), dividido pelo total de encaminhamentos feitos no período.
PRA45D % de Processos Acima de 45 dias	Medir os processos em análise há mais de 45 dias em relação à demanda mensal da Unidade	Quantidade de processos em análise há mais de 45 dias, dividido pela quantidade de processos requeridos na competência de apuração do indicador.

Tabela 03 – Avaliação dos atributos dos indicadores

Indicador	Compleitude	Comparabilidade	Confiabilidade	Acessibilidade	Economicidade
TMEA	atende	atende	atende	atende	atende
TMEA-PM	atende	atende	atende	atende	atende
TMC	atende	atende	atende	atende	atende
IRES	atende	atende	atende	atende	atende
TMTR	atende	atende	atende	atende	atende
TMCDR	atende	atende	atende	atende	atende
MOB CGU/TCU	atende	atende	atende	atende	atende
TMTC	atende	não atende	atende	não atende	atende
TMEA-PL	não atende	não atende	atende	não atende	atende
PRA45D	atende	atende	atende	não atende	atende



Cabe ressaltar alguns pontos específicos. O novo indicador TMTC tem como utilidade *“mensurar o tempo médio gasto pelo INSS entre o recebimento do processo de recurso na SR/GEX e o efetivo cumprimento, ou do envio para cumprimento das decisões definitivas na APS”*. Os processos de recursos administrativos decididos nas Juntas ou Câmaras de Recursos devem ser encaminhados às GEX que, por sua vez, cumprem as decisões de sua competência, ou encaminham às APS para que sejam implementadas. O indicador se propõe a medir o tempo gasto entre o recebimento desses processos e as decisões respectivas, ou o posterior encaminhamento às APS. Trata-se, a princípio, de um indicador de eficiência, mas que ainda carece de um índice meta – parâmetro ou objetivo – para essa condição.

O indicador TMEA-PL tem a utilidade de *“acompanhar o tempo de espera do segurado até a análise da elegibilidade para entrar em programa de reabilitação profissional”*. A data inicial no numerador do indicador é a da perícia médica que dá encaminhamento do segurado à prestação de reabilitação profissional, e a data termo é a da emissão da Conclusão de Avaliação do Potencial Laboral dos segurados em benefício por incapacidade – supõe-se, elaborada com base naquela perícia médica inicial. A soma desses tempos – relativos a cada processo avaliado – dividida pelo quantitativo total de encaminhamentos à reabilitação resulta no índice, sendo tanto melhor, quanto menor for o resultado obtido. O indicador se propõe a medir o tempo médio de *“encaminhamento de um segurado em benefício por incapacidade ao serviço de reabilitação profissional”*, ação essa que dependeria de uma avaliação da elegibilidade do segurado para ser encaminhado à prestação de reabilitação profissional. Trata-se, a princípio, de um indicador de eficiência, mas que necessita, ainda, de um índice meta – parâmetro ou objetivo – para essa condição. O indicador, tal como foi pensado, pouco traduz os esforços da autarquia na reabilitação profissional de segurados em benefício por incapacidade laboral.

Quanto ao indicador PRA45D – Percentual de Processos em Análise há mais de 45 dias, tem como utilidade medir, regra geral, o percentual de processos de requerimento de benefícios em análise há mais de 45 dias dentro da Unidade avaliada. É o mesmo propósito do indicador descontinuado PRA75D, salvo pela alteração no parâmetro agora utilizado. Trata-se de um indicador estratégico porque tem impacto financeiro no desempenho geral da Entidade. Parece adequada a alteração do parâmetro, considerando que o pagamento inicial de benefícios concedidos com mais de 45 dias da data de requerimento deve ser corrigido monetariamente se o atraso decorrer de omissões ou ações intempestivas por parte do INSS – v. arts. 413 e 414 da IN INSS/PRES nº 45/2010. Considerando que o benefício previdenciário tem caráter alimentar, o atraso no pagamento pode ocasionar constrangimentos ao segurado e seus dependentes.

Considerados os três indicadores introduzidos no exercício, somente o PRA45D consegue reproduzir as intervenções na gestão (porque fortemente vinculado com a atividade finalística da autarquia), bem como se apresenta coerente com a confiabilidade e razoabilidade de obtenção dos dados que o compõem, uma vez que podem ser extraídos dos próprios sistemas corporativos de concessão de benefícios. Finalmente,

está coerente com o propósito da utilização de indicadores de desempenho, devendo ser mantido para uma avaliação histórica da situação que se pretenda medir.

Por oportuno, alertamos sobre a necessidade de o INSS buscar maior perenidade na utilização e evidenciação de indicadores nos Relatórios de Gestão. A manutenção de indicadores se coaduna com o critério de comparabilidade de índices obtidos ao longo de um período de tempo, próprio a esses instrumentos, mas desde que obtidos com base em uma mesma metodologia, ou seja, desde que os componentes e a fórmula dos indicadores sejam preservados. Ainda, os indicadores, via de regra, precisam estar acompanhados dos índices metas (desafios, parâmetros, objetivos) que, pretenda-se, sejam alcançados.

No tocante à confiabilidade e à economicidade, apesar de ter sido considerado que todos os indicadores analisados atendem aos citados requisitos, cabe ressaltar que tais indicadores, regra geral, utilizam como fonte de dados relatórios parametrizados dos sistemas informatizados, de modo que há razoabilidade entre os custos de obtenção dos indicadores e os benefícios almejados para a melhoria da gestão da unidade. De outra forma, cabe ressaltar que se detectou um risco relacionado à confiabilidade das informações, relativamente à parte dos indicadores institucionais voltados ao monitoramento da qualidade e eficiência do atendimento aos usuários. Tais indicadores utilizam a variável tempo como base de dados, cuja inserção nos sistemas dá-se de forma manual; assim, há o risco de alteração do dado original – por exemplo, com redução do tempo efetivamente dispendido nos atendimentos aos segurados – e, por conseguinte, de uma falsa melhoria nos índices de medição.

Outro ponto digno de comentário é que foi detectada a carência de mecanismos de monitoramento e medição de desempenho das atividades relacionadas à compensação financeira entre regimes previdenciários, conforme consta em item específico do presente relatório.

Ainda, cabe destacar que o instituto possui um instrumento, denominado “Sala de Monitoramento”, que permite acompanhar em tempo real os níveis de desempenho dos principais indicadores relativos ao atendimento ao segurado da Previdência Social, possibilitando a tempestiva atuação em caso de desempenho abaixo do esperado. Este projeto é considerado referência na Administração Pública Federal.

Do exposto, à exceção das ressalvas apresentadas, a maioria dos indicadores de gestão da UJ atende aos requisitos avaliados – verificando-se, portanto, boas práticas de gestão no que se refere à utilização dos indicadores de desempenho institucionais.

2.4 Avaliação da Gestão de Pessoas

Na análise da gestão de pessoas do INSS a principal questão considerada diz respeito à adequabilidade da **força de trabalho** da unidade, considerando aspectos quantitativos e

qualitativos, frente às suas atribuições institucionais. A tabela a seguir demonstra a composição do quadro de recursos humanos da autarquia ao final do exercício de 2013.

Tabela 04 – Composição do quadro de recursos humanos

Tipologia dos cargos	Autorizada	Efetiva em 31/12/2013	Ingressos em 2013	Egressos em 2013
1. Servidores em Cargos Efetivos	56.801	35.338	2.737	573
1.1. Membros de poder e agentes políticos	-	-	-	-
1.2. Servidores de Carreira	56.801	35.338	2.737	573
1.2.1. Servidor de carreira vinculada ao órgão	56.801	34.739	2.709	415
1.2.2. Servidor de carreira em exercício descentralizado	-	456	23	153
1.2.3. Servidor de carreira em exercício provisório	-	24	-	4
1.2.4. Servidor requisitado de outros órgãos e esferas	-	119	5	1
1.2.5. Aposentado				919
2. Servidores com Contratos Temporários	0	11	0	7
3. Servidores sem Vínculo com a Adm. Pública	0	2	0	0
TOTAL	56.801	35.351	2.737	1.499

Fonte: Relatório de Gestão 2013, Ofício nº 108/DGP/INSS e Diretoria de Gestão de Pessoas, em 10.7.2014.

Conforme se observa na tabela, durante o exercício de 2013 houve um aumento no quantitativo de servidores no INSS, com o número de servidores que ingressaram no órgão superando em 2.157 o número de egressos. Contribuiu para esta superação a nomeação, em 2013, de 1.500 Técnicos do Seguro Social e 300 Peritos Médicos Previdenciários, o que ajudou a tornar o número de entradas superior ao de saídas nos cargos de provimento efetivo (servidores de carreira vinculada ao órgão) da ordem de 2.294 servidores. Cabe observar que, neste ponto, há um erro de informação no Quadro A.5.1.1.1 do Relatório de Gestão 2013, que apresenta uma lotação autorizada de 16.958 servidores, quando o correto é 56.801 servidores.

A tabela a seguir compara as situações que reduziram a força de trabalho do INSS nos os exercícios de 2012 e 2013.

Tabela 05 – Situações que reduziram a força de trabalho

Tipologia dos afastamentos	Efetiva em 31/12/2012	Efetiva em 31/12/2013
1. Servidores Cedidos ou em Licença	2.561	3.075
1.1. Cedidos	1.252	1.152
1.2. Afastados	40	28
1.3. Removidos	308	1.244
1.4. Licença remunerada	5	42
1.5. Licença não remunerada	157	23
1.6. Outras situações	799	586

Fonte: Relatórios de gestão 2012 e 2013 do INSS.

Da análise da tabela, verifica-se que em 2013 houve um acréscimo de 20% na linha “1. servidores cedidos ou em licença” em relação a 2012. Esse aumento deveu-se principalmente ao incremento no número de servidores removidos pela autarquia em 2013. Relewa considerar que, conforme já ressaltado pela autarquia no Relatório de Gestão de 2012, não parece razoável que as remoções sejam classificadas como situações que reduzem a força de trabalho da autarquia, uma vez que os servidores removidos continuam a exercer suas funções no âmbito do INSS, com outra lotação.



Dessa forma, expurgando-se as remoções do quadro anterior, percebe-se um decréscimo de 19% nas situações redutoras da força de trabalho no ano de 2013, em comparação ao exercício anterior.

A tabela a seguir demonstra a estrutura de cargos em comissão e funções gratificadas ao final do exercício de 2013.

Tabela 06 – Cargos em comissão e funções gratificadas

Tipologia	Autorizada	Efetiva em 31/12/2013	Ingressos em 2013	Egressos em 2013
1. Provimento de cargo em comissão	5.413	5.002	1.770	1.290
1.1. Cargos Natureza Especial	-	-	-	-
1.2. Grupo Direção e Assessoramento Superior	727	706	204	161
1.2.1. Servidor de carreira vinculada ao órgão	727	559	152	104
1.2.2. Servidor de carreira em exercício descentralizado	-	129	48	52
1.2.3. Servidor de outros órgãos e esferas	-	9	3	1
1.2.4. Sem vínculo	-	9	1	4
1.2.5. Aposentado	-	-	-	-
1.3. Funções Gratificadas	4.686	4.296	1.566	1.129
1.3.1. Servidor de carreira vinculada ao órgão	4.686	4.119	1.503	1.072
1.3.2. Servidor de carreira em exercício descentralizado	-	175	62	55
1.3.3. Servidor de outros órgãos e esferas	-	2	1	2

Fonte: Relatório de gestão 2013 do INSS.

Como podemos observar na tabela, durante o exercício de 2013 houve um acréscimo de 480 cargos comissionados, sendo 43 nos cargos relativos ao grupo direção e assessoramento superior – DAS e 437 nos cargos referentes às funções gratificadas. Vale salientar que, mesmo após esse acréscimo, o INSS não ultrapassou a lotação autorizada, alcançando um preenchimento de 92% do total de cargos comissionados disponíveis. A esse respeito, merece destaque a edição da Portaria MPS nº 25, de 21.1.2014, que estabelece critérios para designação e nomeação aos cargos em comissão e funções comissionadas de Superintendente Regional, Gerente-Executivo e Gerente de APS, incluindo a aprovação em cursos de gestão, estágio orientado e avaliado na Sala de Monitoramento e experiência em funções gerenciais.

As tabelas a seguir demonstram, respectivamente, a escolaridade e a estrutura etária do quadro de servidores do INSS ao final do exercício de 2013.

Tabela 07 – Nível de escolaridade da força de trabalho

Tipologia dos cargos	Quantidade de servidores por nível de escolaridade								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Provimento de cargo efetivo	-	44	540	985	12.636	21.106	-	36	2
1.1. Membros de Poder e Agentes Políticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2. Servidores de Carreira	-	44	540	985	12.636	21.095	-	36	2
1.3. Servidores em Contrato Temporário	-	-	-	-	-	11	-	-	-
2. Provimento de cargo em comissão	-	-	6	41	1.891	3.059	-	5	-
2.1. Cargos de Natureza Especial	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.2. Grupo Direção e Assess. Superior	-	-	-	4	197	505	-	-	-
2.3. Funções Gratificadas	-	-	6	37	1.694	2.554	-	5	-
3. Total	0	44	546	1.026	14.527	24.165	0	41	3.607



Fonte: Relatório de gestão 2013 do INSS.

Legenda: 1 - Analfabeto; 2 - Alfabetizado sem cursos regulares; 3 - Primeiro grau incompleto; 4 - Primeiro grau; 5 - Segundo grau ou técnico; 6 - Superior; 7 - Aperfeiçoamento / Especialização / Pós-Graduação; 8 – Mestrado; 9 – Doutorado/Pós Doutorado/PhD/Livre Docência.

Tabela 08 – Estrutura etária da força de trabalho

Tipologia dos cargos	Quantidade de servidores por faixa etária				
	Até 30 anos	De 31 a 40 anos	De 41 a 50 anos	De 51 a 60 anos	Acima de 60 anos
1. Provedimento de cargo efetivo	3.727	7.227	6.707	14.283	3.405
1.1. <i>Membros de Poder e Agentes Políticos</i>	-	-	-	-	-
1.2. <i>Servidores de Carreira</i>	3.724	7.223	6.706	14.281	3.404
1.3. <i>Servidores em Contrato Temporário</i>	3	4	1	2	1
2. Provedimento de cargo em comissão	658	1.340	1.125	1.677	202
2.1. <i>Cargos de Natureza Especial</i>	-	-	-	-	-
2.2. <i>Grupo Direção e Assess. Superior</i>	54	228	185	214	25
2.3. <i>Funções Gratificadas</i>	604	1.112	940	1.463	177
3. Total	4.385	8.567	7.832	15.960	3.607

Fonte: Relatório de gestão 2013 do INSS.

Com relação à escolaridade, verifica-se que 63,3% da força de trabalho possui ao menos nível superior completo, enquanto 33,3% possui nível médio. Cumpre informar que o INSS manifestou a impossibilidade de se identificar, pelo SIAPE, os servidores detentores de cursos de pós-graduação em nível de especialização *lato sensu* (item 7 da legenda), mas tão somente os de nível *stricto sensu* (itens 8 e 9 da legenda).

No tocante à estrutura etária, verifica-se que 48,5% da força de trabalho do INSS está nas faixas etárias acima de 50 anos. A situação merece atenção, já que tais faixas etárias contemplam servidores que detêm direito à aposentadoria voluntária, ou que estão próximos a esta condição. Outra preocupação vem do fato dos novos servidores não possuírem a capacidade técnica suficiente para substituí-los, dependendo de experiência prática e capacitação para exercerem as funções dos anteriores com a mesma qualidade. Nesse sentido, vale ressaltar a importância de um planejamento por parte do INSS para estimar o fluxo de aposentadorias para os próximos anos, de modo que novos concursos e capacitações para os futuros ingressos já estejam em pauta, à medida que a inatividade vá atingindo essa força de trabalho.

Tendo em vista o risco de redução de sua força de trabalho nos próximos anos, o INSS tem se mobilizado visando a aprovação de novos concursos que venham a substituir esses servidores. Como o quantitativo de servidores efetivos representa 62,6% do autorizado, e a insuficiência de pessoal é apontada como um dos fatores para o não atingimento de algumas metas, para que a autarquia possa desempenhar sua missão institucional com eficiência, bem como para a redução da defasagem entre o quantitativo atual e o desejado, faz-se necessária a recomposição de seus quadros de recursos humanos.

Neste sentido, destacam-se os esforços da Unidade junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP para suprir essas carências. Em que pesem as restrições orçamentárias, em 2012 foi autorizada a nomeação de 2.000 Técnicos do Seguro Social – TSS e de 500 Peritos Médicos Previdenciários – PMP; em 2013, foi



autorizada a nomeação de 1.500 TSS e 300 PMP. As vagas foram todas preenchidas, sendo inicialmente nomeados 1.500 TSS e 375 PMP; posteriormente, com o aditamento de mais 500 vagas de TSS e 125 de PMP, foram nomeados, no total, 3.500 TSS e 800 PMP. Os provimentos autorizados visaram à continuidade da política de recomposição do quadro permanente da autarquia.

Releva ressaltar também a edição da Resolução nº 175/PRES/INSS de 14.2.2012, com o intuito de quantificar o número ideal de servidores por APS que venha a otimizar o atendimento e cumprimento de metas, bem como dispor de instrumento que possibilite a aferição da demanda de novos concursos junto ao MP, além de estabelecer parâmetros e limites para o processo de remoção. Na referida Resolução, ficou estabelecido que a lotação ideal de uma APS fosse calculada em função da demanda mensal da mesma, enquanto o seu anexo dispôs o número ideal de servidores em cada APS do INSS.

Outra questão considerada na análise da gestão de pessoas da UJ diz respeito à observância da legislação sobre **admissão, remuneração, cessão e requisição** de pessoal, bem como sobre a concessão de **aposentadorias e pensões**. A esse respeito, destaca-se o exame das ocorrências apontadas em auditoria sobre gastos com folha de pessoal. Tais ocorrências são o produto da análise da consistência da folha de pagamentos das unidades jurisdicionadas do Poder Executivo Federal, com base na verificação dos dados cadastrais e da legalidade dos pagamentos dos servidores públicos federais ativos, inativos, instituidores de pensão e seus respectivos pensionistas, constantes do banco de dados do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – SIAPE. O objetivo deste trabalho é sanar as ocorrências identificadas, bem como corrigir e aprimorar os mecanismos de controle da folha de pagamento das Unidades de Recursos Humanos.

No levantamento realizado durante o ano de 2012, foram apontados 8.378 registros com indícios de irregularidades, dos quais 7.693 (92%) foram solucionados pela autarquia e 575 (7%) foram acatados parcialmente pela CGU, em decorrência de se tratarem, em sua maioria, de questões que se encontram pendentes judicialmente. No decorrer do exercício de 2013 foram realizadas duas interlocuções com os gestores do INSS objetivando resolver as ocorrências restantes. Considerando as informações encaminhadas pela entidade nessas oportunidades, verificou-se a regularização de mais 17 ocorrências, o que representa uma redução de 2,4% nos registros pendentes de solução, conforme demonstrado na tabela a seguir. Ressalte-se que os indícios de irregularidade não se confirmaram para cerca de 50% das ocorrências.

Tabela 09 – Ocorrências relativas à folha de pagamento de servidores

Descrição	Situação em 2012		Situação em 2013	
	Quant.	%	Quant.	%
CGU concorda com a resposta	7.677	91,6%	7.693	91,8%
CGU concorda com a resposta com restrição (A)	587	7,0%	575	6,9%
CGU não concorda com a resposta (B)	112	1,4%	109	1,3%
Registros pendentes de resposta (C)	2	0,0%	1	0,0%
Total de registros pendentes de solução (A+B+C)	701	8,4%	685	8,2%

Fonte: levantamento DPPAS/CGU.



No que tange à tempestividade e qualidade dos registros pertinentes aos atos de admissão, desligamento e concessão de benefícios no Sistema de Avaliação e Registro de Atos de Admissões e Concessões de Aposentadoria – SISAC, foi identificado: não cadastramento de 445 atos sujeitos ao registro no TCU e de 41 atos sujeitos à comunicação ao TCU, em descumprimento ao disposto no art. 4º da IN TCU nº 55/2007; e cadastramento de 217 atos de desligamento em prazo superior a 30 dias, bem como de 1.402 atos de admissão e concessão em prazo superior a 60 dias, em desacordo com o disposto no art. 7º da IN TCU nº 55/2007. A esse respeito, no próprio Relatório de Gestão a Entidade informou que os dados apresentados foram coletados diretamente pelo Órgão Central do INSS junto aos Serviços e Seções Operacionais de Gestão de Pessoas nas Unidades da Federação, órgãos responsáveis pelos registros dos atos de pessoal, uma vez que, por intermédio do SISAC, não é possível analisar esses registros.

Complementarmente, foi analisada, pela equipe de auditoria, amostra com 44 registros de aposentadoria e pensão civil cadastradas no SIAPE pelas unidades do INSS em todos os estados do país. Como resultado, identificou-se que 2 aposentadorias e 2 concessões de pensão civil não haviam sido cadastradas no SISAC.

Indagado a respeito das providências adotadas pelo INSS ante à inobservância da IN TCU nº 55/2007, consubstanciada nas ocorrências citadas, o Diretor de Gestão de Pessoas do INSS ratificou o caráter descentralizado da instrução processual dos atos de pessoal sujeitos ao registro no SISAC e informou que, durante o exercício de 2013, foi elaborado e encaminhado a todas as unidades descentralizadas um Manual de Registro de Atos no SISAC, objetivando apresentar os formulários e orientar as unidades quanto ao correto preenchimentos dos dados. Além disso, o Diretor informou sobre ações complementares de capacitação ocorridas em 5 polos regionais, com a presença de servidores vinculados à área de gestão de pessoas de todas as unidades descentralizadas, ressaltando a realização de uma oficina específica sobre o SISAC, com duração de 4 horas. Por fim, foi salientado que orientações sobre o tema são constantemente emanadas pela Diretoria de Gestão de Pessoas, visando consolidar o processo como rotina nas unidades descentralizadas do INSS.

No tocante à qualidade do controle da unidade para identificar e tratar eventuais **acumulações ilegais de cargos**, ressalte-se que a execução das rotinas relacionadas à gestão de pessoas é descentralizada pelas 104 Gerências-Executivas – GEX distribuídas nas 27 Unidades da Federação. Ainda, solicitado a apresentar a relação dos servidores que acumulam legalmente cargos, empregos ou funções públicas, o instituto solicitou cerca de 4 meses de prazo para realizar o levantamento de tais informações junto às GEX, alegando que o Sistema de Administração de Recursos Humanos – SIAPE, centralizado no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP, não permite ao INSS a extração dos dados solicitados.

Sobre os controles internos utilizados, o INSS tem como norma interna o capítulo II da Consolidação dos Atos Normativos sobre Gestão de Pessoas – CAN, onde são estabelecidos os seguintes controles:

“I – Exigência de declaração do servidor quanto ao exercício ou não de outros cargos, empregos, funções públicas, e, ainda, sobre o recebimento de proventos, pensão ou o exercício de atividades autônomas e a existência de vínculos com sociedades empresariais;

II – Autuação de processo administrativo, para fins de análise quanto à licitude ou ilicitude da acumulação declarada;

III – a verificação das situações de acúmulo ocorre a cada 2 (dois) anos, ou a qualquer momento, se identificada a mudança da situação originária.”

Ainda, foi incluída no referido normativo interno a verificação junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, do Ministério da Saúde – MS, visando observar outros vínculos porventura existentes, nos casos onde se tratar do cargo de perito médico previdenciário. Apesar disso, em trabalhos auditoriais realizados em 2013, a partir do batimento de informações registradas no SIAPE e no CNES, identificou-se que 45,5% dos peritos médicos previdenciários apresentam carga horária acumulada superior a 60 horas semanais, condição que sinaliza possível acumulação irregular de vínculos empregatícios, cabendo ao INSS a validação dessas informações registradas nas citadas bases e, em se confirmando a exatidão desses registros, a avaliação da regularidade dessas acumulações.

Diante do exposto, verifica-se que, apesar da normatização interna de alguns procedimentos, existe fragilidade nos controles internos administrativos da Entidade, mormente no tocante à indisponibilidade, por parte do órgão central, de informações gerenciais que demonstrem, de forma tempestiva e inequívoca, a legalidade dos casos de acumulação de cargos existentes no universo de servidores que compõem todas as unidades descentralizadas do INSS. Confirmando este entendimento, vale ressaltar a existência de alguns acórdãos da Egrégia Corte de Contas sobre o tema, específicos às unidades descentralizadas do INSS, nos quais foram constatados casos de acúmulo ilegal, sendo determinadas providências no sentido de adoção de medidas legais cabíveis, apuração de novos casos e criação de rotina de acompanhamento e controle de impropriedades. Os acórdãos são: 5.209/2011-2ª Câmara (GEX Curitiba); 2.282/2011-2ª Câmara (GEX Campo Grande); 8.835/2012-2ª Câmara (GEX Manaus); e 479/2012-2ª Câmara (GEX Campo Grande). Registre-se que o MPS, em parceria com o MP, desenvolveu um sistema (CNIS-RPPS) que possibilitará o cruzamento de informações de vínculos empregatícios das áreas pública e privada, permitindo, assim, um acompanhamento mais adequado do tema. A utilização dessa ferramenta aguarda a edição de um decreto regulamentador, cuja minuta encontra-se sob avaliação da Casa Civil da Presidência da República.

Por fim, cabe ressaltar que, não obstante o Parecer Vinculante da Advocacia-Geral da União nº GQ-145/1998 estabelecer que as acumulações de cargos não possam exceder a jornada de 60 horas semanais, nos casos de apurações de acúmulo ilícito do cargo de perito médico previdenciário, alguns servidores estão obtendo judicialmente o direito de acúmulo de cargos para além dessa jornada. O próprio TCU, mais recentemente, concluiu não mais subsistir o limite objetivo de 60 horas semanais – cf. Acórdãos 1.338/2011 e 2.375/2013, ambos do Plenário da Corte de Contas.



Em relação a ações e iniciativas da UJ para a **substituição de terceirizados irregulares**, a partir dos exames realizados, observou-se que não houve, durante o exercício de 2013, contratação de terceirizados exercendo atividades consideradas irregulares, nos termos do Decreto nº 2.271/1997. Ademais, verificou-se que o INSS não foi inserido no rol de entidades abrangidas pelos Acórdãos TCU nº 1.520/2006 e 2.681/2011 – Plenário, os quais estipularam os prazos de 31.12.2010 e 31.12.2012, respectivamente, para que órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional apresentassem à colenda Corte de Contas o resultado final do processo de substituição de terceirizados irregulares.

Desta forma, concluiu-se que, de modo geral, os controles internos administrativos relacionados à gestão de pessoas da unidade são consistentes. No Plano de Ação 2013 do instituto, o Dicionário Estratégico 2 – Gestão Estratégica de Pessoas contempla três objetivos estratégicos, quais sejam: otimizar o quadro de pessoal e desenvolver competências compatíveis com os objetivos institucionais; promover a valorização e a qualidade de vida das pessoas; e desenvolver cultura voltada aos valores, aos resultados e à responsabilidade socioambiental. A busca desses objetivos envolve a execução de cinco ações estratégicas, cada uma delas com seu respectivo indicador de desempenho. Em 2013, uma dessas ações apresentou desempenho abaixo de 25% da meta; outra, na faixa entre 50% e 75% da meta, e as 3 restantes, acima de 75% da meta.

2.5 Avaliação da Situação das Transferências Voluntárias

A unidade auditada não praticou atos de gestão relacionados a esse tema no exercício de 2013.

2.6 Avaliação da Regularidade dos Processos Licitatórios da UJ

Na análise da gestão de compras e contratações a principal questão considerada diz respeito à regularidade das contratações e aquisições. Outras questões relevantes incluem a adoção de critérios de sustentabilidade ambiental nas contratações e aquisições e, naturalmente, os controles administrativos relacionados à atividade.

Levantamentos realizados no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI revelam a seguinte situação referente às despesas com contratações no exercício em exame.



Tabela 10 – Despesas com contratações em 2013

Forma de Contratação		Liquidado (R\$)	Liquidado (%)
Licitação	Convite	165.260	0,0%
	Tomada de preços	6.153.129	0,4%
	Concorrência	65.180.039	4,7%
	Pregão	710.189.330	51,4%
Contratação direta	Dispensa	517.948.913	37,5%
	Inexigibilidade	82.357.513	6,0%
Total Liquidado		1.381.994.184	100,0%

Fonte: SIAFI.

Verifica-se que as contratações mediante licitação corresponderam a 56,6% do total, sendo o pregão a modalidade licitatória mais utilizada (90,9% do licitado). Já as contratações diretas respondem por 43,4% do total, a maioria por dispensa de licitação (86,3% das contratações diretas).

Rotineiramente, durante o exercício, a CGU acompanha, pela Seção 3 do Diário Oficial da União – DOU, as licitações, contratos e aditivos de contratos realizados pelo INSS, incluindo suas Superintendências Regionais e Gerências-Executivas. Esse procedimento, aliado às auditorias realizadas no decorrer do exercício sobre processos selecionados segundo a sua materialidade, relevância e criticidade, permite um maior conhecimento do perfil de contratações da UJ. Por conseguinte, este processo de monitoramento torna-se bastante útil para subsidiar-nos nos trabalhos de Avaliação Anual de Contas – determinado pelo TCU –, em especial, a avaliação da conformidade e oportunidade das contratações, e a regularidade da execução desses contratos durante o exercício sob exame.

Assim, foram executadas, em 2013 e 2014, 28 ações de controle visando a avaliação da regularidade das contratações de prestação de serviços continuados de segurança e vigilância patrimonial, limpeza e conservação, manutenção predial e serviços de telemarketing, além de compras diversas. As auditorias tiveram como escopo uma amostra de contratos (selecionados por critérios de materialidade, relevância e risco) em execução durante o ano de 2013, independente da época em que foram licitados ou celebrados, e englobaram a verificação de 41 contratos, correspondendo a um valor total de R\$ 269,2 milhões – 34,4% da despesa liquidada relativa a licitações, ou 19,5% da relativa a compras e contratações, incluindo as diretas. Como resultado deste processo foram gerados relatórios de auditoria nos quais foram consignados os achados mais relevantes e, conforme o caso, as respectivas recomendações para a solução dos problemas identificados. A tabela a seguir traz um resumo dos trabalhos, com tipos, quantitativos e valores dos objetos de contrato/licitação avaliados, e a incidência de desconformidades.

Tabela 11 – Contratos auditados

Tipo de Objeto	Auditados		Desconformes			
	Quant.	R\$ milhões	Quant.	%	R\$ milhões	%
Segurança e vigilância patrimonial	19	57,1	9	47%	25,5	45%
Limpeza e conservação	6	9,3	4	67%	8,1	87%
Manutenção predial	3	4,0	1	33%	1,9	47%
Telemarketing (135)	2	179,0	1	50%	90,0	50%
Outros	11	19,8	1	9%	2,2	11%
Totais	41	269,2	16	39%	127,7	47%



Desta forma, verifica-se que para 39% dos contratos auditados foram detectadas desconformidades, correspondendo a 47% dos recursos auditados. Nos contratos de prestação de serviços de segurança e vigilância patrimonial, a maior recorrência diz respeito a falhas na fiscalização e gestão dos contratos (7 ocorrências), além de pagamentos por serviços não prestados (2 ocorrências); registram-se, também, desconformidades nos procedimentos licitatórios (4 ocorrências), e a constatação de fraude por parte do licitante vencedor em um contrato de 960 mil reais firmado pela GEX Macapá.

Quanto aos contratos de limpeza e conservação, os problemas remontam a falhas na fiscalização e gestão dos contratos (3 ocorrências), desconformidades nos procedimentos licitatórios (3 ocorrências), além de pagamentos por serviços não prestados (2 ocorrências). Já quanto aos contratos de manutenção predial, verificou-se uma ocorrência de “prorrogação irregular”.

Nas avaliações dos contratos de telemarketing (Central 135), cujas licitações foram realizadas pela Coordenação-Geral de Logística do Órgão Central do INSS, verificou-se a ocorrência de falhas na fiscalização de contrato por “não aplicação de penalidades ao fornecedor”. Finalmente, verificou-se a ocorrência de “inadequação do objeto licitado” em uma compra, realizada pela Superintendência Regional Sul, de itens de telecomunicações / telefonia – material permanente e de consumo – por adesão à Ata de Registro de Preços nº 2/2012, resultante do Pregão Eletrônico SRP nº 3/2012 conduzido pela Superintendência Regional Norte-Centro-Oeste, em Brasília.

Pode-se afirmar que a realização de licitações e a gestão de contratos do INSS apresenta fragilidades, em especial quanto aos processos de contratação de prestação de serviços continuados – 14 em 28 dos contratos avaliados apresentaram desconformidades. Quanto aos procedimentos de fiscalização e gestão da execução contratual, há pagamentos por serviços não prestados, descumprimento de obrigações contratuais e não aplicação de penalidades aos fornecedores, demonstrando a necessidade de que sejam tornados mais efetivos os controles internos administrativos relacionados à gestão contratual, especialmente no que tange à utilização dos instrumentos contratuais e legais para a correção de desvios na prestação dos serviços. Somente em um contrato de limpeza e conservação firmado pela GEXDF, no valor de R\$ 2,8 milhões, foram identificados prejuízos na ordem de R\$ 230 mil já nos primeiros quatro meses de execução contratual.

Assim, é determinante que o INSS empenhe-se em implementar, integralmente, as recomendações de caráter estruturante já ajustadas com esta CGU, em especial no que alcança o planejamento das licitações e a conquista de avanços e melhorias nas atividades de supervisão durante a realização de processos licitatórios e de fiscalização e gestão da execução dos contratos.

No que diz respeito à adoção de critérios de sustentabilidade ambiental nas contratações e aquisições, destaca-se que o Manual de Engenharia e Patrimônio Imobiliário, aprovado pela Resolução nº 244/PRES/INSS, de 16.10.2012, determina a necessidade



de observância dos critérios estabelecidos pela IN SLTI/MP nº 1/2010 – que, por sua vez, em seu artigo 4º, traz mandamentos a respeito das obras públicas sustentáveis, em especial sobre a necessidade de que os projetos básicos ou executivos sejam elaborados visando à economia da manutenção e operacionalização da edificação, a redução do consumo de energia e água, bem como a utilização de tecnologias e materiais que reduzam o impacto ambiental.

Para a análise relativa a este aspecto, a amostra analisada foi composta de 10 processos de obras civis e 4 processos de produtos e serviços de TI, correspondendo a R\$ 14,4 milhões e R\$ 1,7 milhão, respectivamente. A tabela a seguir sumariza os resultados da análise.

Tabela 12 – Critérios de sustentabilidade ambiental

Área	Editais selecionados	Editais inelegíveis às normas de compras sustentáveis	Editais conforme às normas de sustentabilidade	Editais desconformes às normas de sustentabilidade
Obras	10	0	10	0
TI	4	4	não aplicável	não aplicável

Os editais de licitação do INSS avaliados, mesmo não fazendo menção explícita à necessidade de atendimento aos critérios de sustentabilidade ambiental previstos na IN SLTI/MP nº 01/2010, trazem, em seus memoriais descritivos de obras, a determinação de que os materiais e equipamentos a serem utilizados nos empreendimentos apresentem eficiência energética em padrões determinados, ou que a construtora dê adequado tratamento aos resíduos sólidos e a correta destinação ao esgotamento sanitário gerado na fase de execução da obra, por exemplo. Assim, pode-se afirmar que o INSS, via de regra, vem se atentando às questões de sustentabilidade ambiental em suas contratações de obras civis.

2.7 Avaliação da Gestão de Passivos sem Previsão Orçamentária

Em relação à conta contábil “2.1.2.1.1.11.00 – *Fornecedores por Insuficiência de Créditos ou Recursos*” verificou-se que, durante o exercício de 2013, não houve movimentação contábil, permanecendo, portanto, o saldo de R\$ 70.982.492 em 31.12.2013.

A maior parte do saldo – R\$ 54.119.826, ou 76% – está relacionada com a execução de contratos firmados com a rede bancária e Correios, para a prestação de serviços de arrecadação de receitas e pagamento de benefícios administrados pelo INSS que, por serem serviços de natureza compulsória, não puderam ser interrompidos à época, sob pena de dar causa a prejuízos aos cofres públicos e aos segurados previdenciários, devido ao não recebimento das contribuições das empresas e empregados e pelo não pagamento de benefícios.

Este passivo foi objeto de análise específica por parte do Tribunal de Contas da União que, por meio do Acórdão nº 721/2008 - Plenário, alertou especificamente o INSS



(entre outros órgãos) a respeito da ilegalidade da realização de despesas sem a devida autorização orçamentária, “*não sendo suficiente para elidir a irregularidade o fato de a União vir posteriormente a assumir junto às entidades credoras a dívida contraída pelo órgão/entidade contratante, podendo esta corte de contas, em caso de continuidade dessa prática indevida, apenar as autoridades e os servidores públicos envolvidos, ainda que por omissão*”.

A esse respeito, chegou-se ao consenso de que todo o passivo referente a estes serviços é de responsabilidade da Secretaria da Receita Federal do Brasil – SRFB. Por meio da Nota Técnica PGFN nº 1273/2010, de 21.10.2010, a Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN reconheceu que a SRFB está legalmente obrigada a assumir os encargos decorrentes da unificação de arrecadação tributária em decorrência da Lei nº 11.457/2007. Dessa forma, restou caracterizada a falta de providências administrativas por parte do INSS no exercício financeiro de 2013 – pelo segundo exercício consecutivo, tendo em vista que, conforme reconhecido pelos próprios gestores, tais dívidas não são realmente de responsabilidade da autarquia.

O restante do saldo – R\$ 16.862.666, ou 24% – tem como credor a Empresa de Tecnologia e Inf. da Previdência Social – Dataprev. Acerca desses valores, há controvérsia acerca do real devedor desse passivo, se o INSS ou o Ministério da Previdência Social – MPS, estando o mérito dessa questão em discussão na Câmara de Conciliação.

Em relação à conta contábil “2.1.2.1.9.08.11 – *Benefícios Previdenciários por Insuficiência de Créditos ou Recursos*” verificou-se que, durante o exercício de 2013, houve movimento credor no valor de R\$ 3,408 bilhões, correspondente ao saldo do final do exercício anterior, e movimento devedor no valor de R\$ 7,072 bilhões – valor este, portanto, correspondente ao saldo em 31.12.2013. Trata-se de despesas com o pagamento de benefícios previdenciários relativos ao mês de dezembro, mas que são pagos com recursos orçamentários do exercício posterior.

2.8 Avaliação da Gestão de Tecnologia da Informação

Em auditoria específica realizada no primeiro trimestre do exercício, e também durante a Auditoria Anual de Contas relativa ao exercício de 2012, realizada no segundo trimestre de 2013, a CGU identificou a necessidade de aprimoramento de alguns aspectos da Governança de TI no âmbito do INSS, quais sejam: planejamento estratégico de TI; recursos humanos; segurança da informação; desenvolvimento de sistemas; e contratação e gestão de bens e serviços de TI. Essas ações de controle resultaram em um total de 33 recomendações à autarquia.

No tocante ao **planejamento estratégico** de TI, no primeiro trimestre do exercício foi verificado que se encontrava em elaboração o Plano Diretor de Tecnologia da Informação – PDTI do INSS. Em 18.12.2013 foi publicada, na seção 1 do Diário Oficial da União – DOU, a aprovação do PDTI da autarquia para o quadriênio 2013/2016. O



PDTI tem como finalidade a definição e o planejamento de todas as ações relacionadas à Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC do INSS, alinhado aos objetivos institucionais definidos pelo Planejamento Estratégico da Instituição, de acordo com o previsto nas ações do Plano Plurianual – PPA. Periodicamente, o Comitê de Segurança e Tecnologia da Informação e Comunicações do INSS - CSTIC-INSS deverá avaliar o PDTI e, sempre que necessário, atualizá-lo a fim de assegurar o seu alinhamento às prioridades e estratégias institucionais, à disponibilidade financeira e orçamentária e às mudanças na legislação pertinente.

Com relação aos **recursos humanos** de TI, verifica-se que no Plano de Cargos e Salários da autarquia há competência específica para a área de TI. Soma-se a isso a existência do cargo de Analista em Tecnologia da Informação – ATI proveniente do Plano Geral de Cargos do Poder Executivo – PGPE, conforme previsto na lei 11.357/2006, bem como há servidores contemplados com a Gratificação Temporária do Sistema de Administração dos Recursos de Tecnologia da Informação - GSISP, conforme previsto na Lei nº 11.907/2009, desempenhando atividades de gestão de TI no INSS. Esta situação não fragiliza a gestão de TI, já que a estratégia do Governo Federal é centralizar o cargo de ATI na Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação – SLTI/MP, com exercício descentralizado nos órgãos integrantes do Sistema de Administração de Recursos de Tecnologia da Informação – SISP, conforme estabelecido na Estratégia Geral de Tecnologia da Informação – EGTI. Ainda persiste a questão do quadro de pessoal insuficiente para garantir, com razoável segurança, a mensuração e o monitoramento dos serviços efetivamente prestados. Uma nova estrutura para a área de TI da autarquia, com definição do quantitativo e atribuições de cargos e funções, foi apresentada no PDTI. Nesse contexto, o INSS tem a expectativa de que a alocação de servidores, após a nomeação dos aprovados no concurso em andamento, contribua para minimizar tal deficiência, absorvendo as atividades priorizadas e planejadas no PDTI. Foi publicado no DOU em 13.5.2014 o Edital nº 7/2014, que homologou o resultado final do concurso para o cargo de Analista do Seguro Social, regido pelo Edital nº 1/2013, de 9.8.2013. Encontra-se em andamento o processo de escolha de lotação dos candidatos classificados até o número de vagas ofertadas por formação nas Superintendências Regionais.

O INSS tem definida a sua Política de **Segurança da Informação** e Comunicações – POSIC. A definição e implantação da POSIC receberam apoio da alta gestão da autarquia, em conformidade com as recomendações do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República – GSI-PR e normas aplicáveis, conforme apresentado por meio da Resolução nº 323/PRES/INSS, de 22.7.2013. Todavia, ainda não existe uma área específica, com responsabilidades definidas, para lidar estrategicamente com segurança da informação. Diante disso, há a expectativa de que haja a alocação de recursos humanos, após o concurso público, para desenvolver esta área. Tal estrutura que suporte às competências referentes à gestão de riscos e segurança da informação foi planejada e prevista na Fase III do PDTI. Ainda no que diz respeito à segurança da informação no INSS, dentre várias recomendações atualmente monitoradas por meio do PPP, destaca-se a elaboração da Política de Controle de Acesso Lógico. A minuta da resolução foi aprovada pelo Comitê de Segurança e



Tecnologia da Informação – CSTIC do INSS em dezembro de 2013. Porém, ao ser submetida à área jurídica do órgão, surgiu a recomendação para que ela tratasse, também, do acesso ao ambiente de rede pelo usuários externos (estagiários e contratados). Atualmente, a versão final da resolução encontra-se sob avaliação da Presidência para ratificação.

No tocante ao **desenvolvimento de sistemas**, detectou-se que não estava definida uma Metodologia de Desenvolvimento de Software - MDS. Dessa forma, não há padrões de gestão para o monitoramento dos projetos. A necessidade desta metodologia foi ressaltada por meio do Relatório de Auditoria Anual de Contas, e ratificada no diagnóstico da própria autarquia quando da elaboração do PDTI. Seu atendimento está previsto no projeto “Desenvolvimento de Soluções” do PDTI, com conclusão estimada até 31.12.2014, conforme manifestação do instituto no Plano de Providências Permanente. Atualmente, diante da inexistência de um MDS, o desenvolvimento e evolução dos sistemas finalísticos é realizado pela Dataprev, no âmbito do Contrato nº 106/2012. No processo de desenvolvimento destas soluções, a mensuração dos sistemas é realizada a partir da técnica Análise de Pontos de Função – APF e também é efetuada a gestão de Acordo de Níveis de Serviço – ANS.

As **contratações** de soluções de TI realizadas no período de exame estão alinhadas com o PDTI do INSS, que adota processo de trabalho formalizado e possui área específica de gestão de contratos de bens e serviços de TI. Conforme previsto no PDTI, na elaboração do projeto básico das contratações de TI são explicitados os benefícios da contratação em termos de resultado para a autarquia e não somente em termos de TI. Além disso, verifica-se que os processos licitatórios para contratação de Soluções de TI são baseados em critérios objetivos, sem comprometimento do caráter competitivo do certame, realizados preferencialmente na modalidade pregão, conforme dita a IN SLTI/MP nº 04/2010.

Com relação à execução do Contrato nº 106/2012, celebrado entre o INSS e a Dataprev, verificou-se que muitas das fragilidades apontadas em auditorias anteriores continuam a impactar negativamente a gestão. Com relação à qualidade dos serviços prestados, verificou-se que, embora esteja estabelecido um Acordo de Níveis de Serviço – ANS para o objeto contratado, a apuração do desempenho dos serviços prestados é realizada pela própria contratada. O instituto não dispõe de ferramentas que lhe permitam apurar, nem mesmo conferir os níveis de serviço apresentados pela contratada. Ainda, o acompanhamento do cumprimento das metas de disponibilidade de sistemas é realizado por amostragem, em apenas 50 APS (cerca de 4% do total). Desta forma, é evidente o risco de que os serviços não estejam sendo prestados na qualidade contratada. Neste contexto, o instituto está promovendo a contratação de um serviço de monitoramento das redes lógicas das unidades da autarquia, visando melhor subsidiar a avaliação da qualidade dos serviços prestados pela contratada. A expectativa é que a licitação seja concluída no segundo semestre de 2014, com início da prestação do serviço no primeiro semestre de 2015.

Ainda, apesar dos constantes atrasos na entrega de produtos relacionados ao desenvolvimento de sistemas, não se observou, até o final do exercício sob exame, a

aplicação de qualquer penalidade contratual. Tais atrasos têm gerado forte impacto negativo na atividade finalística do INSS. Durante a realização da Auditoria Anual de Contas aqui relatada foram iniciadas providências no sentido da aplicação de tais penalidades, especificamente no tocante ao não cumprimento dos prazos estabelecidos para a entrega de produtos relacionados ao sistema de compensação previdenciária.

Outra fragilidade detectada, e que tem relação direta com os atrasos mencionados, é a inadequação da gestão de demandas feitas à Dataprev, em função de problemas na ferramenta de gestão utilizada para este fim. Adicionalmente, permanece o problema do pagamento por serviços vinculados a consultas a bases de dados, que tem gerado uma despesa de cerca de R\$ 1,5 milhão por ano, e que poderia ser evitada com a introdução de uma ferramenta por meio da qual o próprio INSS extraia os dados, de acordo com suas necessidades. A implantação de tal ferramenta está prevista para o final de 2015.

O pagamento dos serviços faturados é efetuado mensalmente até o quinto dia útil após a apresentação das faturas emitidas contra o INSS. Além da documentação informada e observada no processo de pagamentos, conforme exigência legal e contratual, também estavam presentes a apresentação da Certidão Nacional de Débitos Trabalhistas - CNDT emitida pela Justiça do Trabalho, regular e dentro da data de vencimento e o comprovante da regularidade fiscal, em todas as esferas, constatada por meio de consulta "on line" ao Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF.

Verificou-se que o processo de pagamento continha a documentação necessária ao atesto do serviço prestado, com duas exceções, que foram motivo de emissão da Nota de Auditoria nº 201406276/01, já atendida pelo instituto.

Acerca da revisão das Ordens de Serviço – OS referentes à prestação de serviços de suporte técnico prestados pela Dataprev ao INSS no período de fevereiro de 2012 a fevereiro de 2013, procedendo à glosa dos valores pagos indevidamente (recomendação 2 do item 1.1.2.6 do relatório de auditoria nº 201305680), a CGTI emitiu o Memorando-Circular nº 03/2013/CGTI/INSS, a fim de normatizar os procedimentos relacionados às OS, contemplando orientações acerca do seu preenchimento e atesto. Em dois eventos realizados em Brasília e em São Paulo, ocorridos no mês de agosto de 2013, a CGTI também orientou os cointeressados quanto à fiscalização das OS. Foi iniciado o levantamento junto à Dataprev com a finalidade de revisar as OS do referido período, a fim de identificar os casos em que houve a cobrança indevida, para a consequente glosa. Atualmente, INSS e Dataprev têm trabalhado na análise do levantamento e, diante do esforço necessário para validação de 3.790 registros, a partir de 9.844 casos inicialmente tratados, foi solicitada a dilação do prazo previsto para 31.7.2014, para, finalmente, concluir as providências relativas ao atendimento à recomendação.

Diante do exposto, observa-se que a autarquia tem buscado o atendimento das recomendações expedidas por esta CGU em relação à Governança de TI. Porém, enquanto as providências não são concluídas, as fragilidades detectadas continuam a impactar as atividades finalísticas do instituto, em 2013 e 2014.

2.9 Avaliação da Gestão do Patrimônio Imobiliário

Na análise da gestão do patrimônio imobiliário as principais questões consideradas dizem respeito à estrutura de pessoal e tecnológica para o seu gerenciamento, bem como aos respectivos registros contábeis e controles administrativos.

Com relação à estrutura administrativa e de pessoal nas áreas responsáveis pela gestão de patrimônio imobiliário no âmbito das unidades descentralizadas do INSS, a Coordenação-Geral de Planejamento Estratégico – CGPGE, diretamente ligada à Presidência do instituto, está realizando um amplo estudo, para criação de nova estrutura de Gerências-Executivas e Superintendências Regionais, de forma a otimizar o processo de trabalho da área administrativa, redimensionando as funções entre as instâncias e evitando retrabalho. Assim, ainda se faz necessário um estudo por parte da Coordenação-Geral de Engenharia e Patrimônio Imobiliário – CGEPI no sentido de, em conformidade com a nova proposta da CGPGE, dotar as áreas operacionais da autarquia de infraestrutura suficiente à gestão do patrimônio imobiliário.

A autarquia não faz uso no Sistema de Gerenciamento dos Imóveis de Uso Especial da União – SPIUnet. Como ferramenta tecnológica para as atividades de gestão de patrimônio imobiliário optou-se pelo desenvolvimento de sistema próprio, o Sistema de Gestão do Patrimônio Imobiliário – SGPI/Web. Apesar de mais adequado às necessidades da autarquia, verificou-se, no referido sistema, a falta de informações consolidadas relativas a todas as unidades do INSS que realizam gestão de imóveis. Tal ausência gera dificuldades no levantamento de informações gerenciais oportunas e necessárias à tomada de decisão. Visto isso, foi recomendado que se promovesse, junto à Secretaria do Tesouro Nacional – STN, um estudo de viabilidade da integração entre os sistemas de gestão do patrimônio imobiliário e o Sistema de Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI. As tratativas foram iniciadas, mas o debate ainda não foi concluído, sobretudo quanto à forma de concretização da operação, mas a STN tem sinalizado positivamente quanto à possibilidade de integração.

De acordo com o art. 68 da Lei Complementar nº 101/2000, são considerados do Fundo do Regime Geral de Previdência Social – FRGPS os imóveis do INSS não utilizados em sua operacionalização. Segundo dados do SGPI/Web, o órgão possuía, ao final de 2013, o seguinte quantitativo de imóveis, segregados em especiais operacionais (do INSS) e dominicais e especiais não operacionais (do FRGPS):

Tabela 13 – Patrimônio Imobiliário sob responsabilidade do INSS

Tipo	Quantidade	Valor (R\$)
INSS (especiais operacionais)	2.262	2.070.602.789,37
FRGPS (dominicais e especiais não operacionais)	3.530	1.572.919.945,82
TOTAL	5.792	3.643.522.735,19

Fonte: SGPI/Web

Com relação aos gastos realizados com a manutenção / reforma dos imóveis próprios em comparação com gastos relativos à manutenção / reforma de imóveis locados de

terceiros, o instituto não encaminhou informações segregando o total de gastos com manutenção de seus imóveis daqueles realizados em imóveis de terceiros, tendo em vista que, segundo informações do gestor, a funcionalidade que permitiria o levantamento de tais informações não existe no Siafi.

Dessa forma, foi encaminhada relação com o valor total de gastos com manutenção e reforma, o que inviabilizou qualquer análise comparativa. Cabe frisar a importância da disponibilização desses dados, em especial para uso interno. Vejamos: o levantamento dos dispêndios realizados em cada uma dessas classes é capaz de gerar informações gerenciais acerca dos custos, de formar a permitir, por exemplo, a tomada de decisão sobre quais dos imóveis devem ser prioritariamente vendidos no âmbito do PND.

Na tabela a seguir demonstram-se os gastos com manutenção predial, reforma e melhoria no exercício de 2013.

Tabela 14 – Gastos com manutenção e reforma de imóveis

Descrição	Gastos com Manutenção Predial (R\$)	Gasto com Reforma e Melhoria (R\$)
Adm. Central	773.022,84	
Coord. do INSS		910.113,53
SR Sudeste I	8.916.694,75	90.183,36
SR Sudeste II	10.715.111,08	883.871,18
SR Sul	6.075.435,02	1.954.102,66
SR Nordeste	11.943.394,65	3.783.594,89
SR Norte/Centro-Oeste	6.713.410,34	5.892.674,44
Total	45.137.068,68	13.514.540,06

Fonte: SIAFI

Em 2013 foi realizada avaliação amostral de imóveis locados a terceiros e locados de terceiros. Quanto aos locados a terceiros, verificou-se que os valores estavam de acordo com os de mercado. Já quanto aos locados de terceiros, constatou-se um caso de contratação por valor acima do máximo fixado na avaliação, além de não encaminhamento de cópia do contrato para a Procuradoria Federal Especializada – PFE para emissão de parecer prévio.

Do exposto, conclui-se que o INSS tem como importante desafio para o aperfeiçoamento de sua gestão de patrimônio imobiliário procurar realizar a integração do SGPI/Web com o Siafi, a fim de possibilitar uma melhor utilização gerencial das informações.

2.10 Avaliação da Gestão Sobre as Renúncias Tributárias

A unidade auditada não praticou atos de gestão relacionados a esse tema no exercício de 2013.

2.11 Avaliação do Cumprimento das Determinações/Recomendações do TCU

Na análise do atendimento a deliberações do TCU a principal questão considerada diz respeito ao cumprimento de determinações ou recomendações dirigidas à Unidade Jurisdicionada para as quais tenha havido determinação específica do TCU à CGU para que o assunto fosse tratado no âmbito da auditoria anual de contas 2013.

O Relatório de Gestão 2013 apresentou 205 acórdãos, prolatados entre os anos de 2005 e 2013, com 557 determinações e recomendações à autarquia. Destas, 261 (46,9%) foram atendidas e 296 (53,1%) estão ainda pendentes. Nenhuma delas continha determinação para que a CGU apresentasse ao TCU informações sobre o seu atendimento.

Foi feito ainda um levantamento no site do TCU, em que foram analisados 121 acórdãos prolatados em 2013, observando em 47 deles alguma determinação ao INSS. Deste universo, apenas um deles possuía determinação à CGU, conforme a seguir descrito:

Acórdão nº 2.978/2013 – Plenário

“9.3. depois do trânsito em julgado deste acórdão, dar ciência de seu conteúdo:

9.3.1. à Controladoria-Geral da União - CGU para que promova as medidas necessárias à atualização do Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS;”

Consulta realizada ao Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS revelou que para as duas empresas declaradas inidôneas no acórdão em comento consta sanção de “Impedimento – Lei do Pregão”, em vigor até 24.10.2015. Portanto, ficou evidenciado o atendimento à determinação do Acórdão 2.978/2013-P.

2.12 Avaliação do Cumprimento das Recomendações da CGU

Na análise do cumprimento das recomendações da CGU a principal questão considerada diz respeito à rotina de acompanhamento e atendimento das recomendações do Controle Interno, especialmente quanto à instauração de TCE, à apuração de responsabilidades e às causas estruturais das falhas detectadas em ações de controle.

No tocante ao atendimento às 51 recomendações referentes à auditoria anual de contas 2012 (relatório de auditoria nº 201305680), verificou-se que 45 recomendações, correspondendo a 88%, ainda estão como pendentes. Já com relação às 58 recomendações apontadas na auditoria anual de contas 2011 (relatório de auditoria nº 201203153), apenas 9, ou 15%, ainda estão pendentes. Além destas, ainda seguem no Plano de Providências Permanente – PPP como pendentes 5 recomendações da avaliação de contas de 2008 (relatório de auditoria nº 224735), relativas ao processo de compensação previdenciária. A tabela seguinte resume a situação das recomendações constantes do PPP.



Tabela 15 – Resumo do Plano de Providências Permanente - PPP

Relatório	Revisada	Reiterada	Prorrogada	Cancelada	Atendida	Totais
224735		5				5
201203153		3	6	17	2	28
201305680	1	7	37	2	4	51
Totais	1	15	43	19	6	84

Fonte: CGU.

As 59 recomendações pendentes (prorrogadas, reiteradas ou revisadas) podem ser classificadas de acordo com o tema a que se relacionam, conforme demonstrado no quadro a seguir.

Tabela 16 – Temas relacionados às recomendações pendentes

Unidade	Quantidade	Percentual
Governança de Tecnologia da Informação	32	54%
Serviços ao segurado (benefícios, perícia médica)	9	15%
Compensação previdenciária	6	10%
Gestão de imóveis não operacionais	5	9%
Cobrança administrativa	3	5%
Plano de expansão da rede de atendimento – PEX	3	5%
Folha de pagamento de servidores	1	2%
Totais	59	100%

Fonte: CGU.

Verifica-se, assim, que mais da metade das recomendações pendentes de atendimento está relacionada à governança de Tecnologia da Informação – TI, em função de que a maioria das providências requer a recursos financeiros e humanos além da média, ou ainda o desenvolvimento ou contratação de soluções de TI, o que termina por demandar grande tempo para sua implementação. Outros temas de grande relevância são serviços ao segurado, incluindo benefícios (pagamentos, revisão) e perícia médica; compensação financeira entre RGPS e RPPS; gestão de imóveis não operacionais; e cobrança de valores devidos por instituições bancárias (relativas a benefícios não sacados pelos beneficiários). Enquanto as correspondentes providências não são concluídas, as fragilidades detectadas continuam a impactar as atividades do instituto, em 2013 e 2014.

2.13 Avaliação do CGU/PAD

Na análise da gestão de procedimentos administrativos disciplinares – PAD as principais questões a serem consideradas dizem respeito à estrutura de pessoal e tecnológica para gerenciar os PAD instaurados e à devida utilização do sistema CGU-PAD na Unidade Jurisdicionada.

A Portaria CGU nº 1.043, de 24.7.2007, estabeleceu que as informações relativas a processos disciplinares instaurados no âmbito dos órgãos e entidades que compõem o Sistema de Correição do Poder Executivo Federal deverão ser gerenciadas por meio do Sistema de Gestão de Processos Disciplinares – CGU-PAD. O Coordenador do CGU-PAD no âmbito do INSS e seu substituto foram designados pela Portaria CGU nº 1.825, de 10.12.2007, e o uso do sistema no âmbito do INSS foi regulamentado por meio da Portaria INSS/PRES nº 1.316, de 12.12.2007, publicada no DOU nº 240, de 14.12.2007.



Acerca da estrutura e pessoal, a Corregedoria-Geral do INSS possui Regionais que conduzem a atividade disciplinar na respectiva região. Existe um coordenador do sistema – o Corregedor-Geral do INSS – e o administrador local, além de servidores designados em Brasília/DF e nas Regionais para efetuar o cadastro dos processos no CGU-PAD.

Ademais, a Corregedoria-Geral da União – CRG, unidade da CGU que tem o papel de órgão central do Sistema de Correição do Poder Executivo Federal, possui um canal de atendimento aos usuários do sistema, por meio do qual é possível sanar dúvidas sobre procedimentos. Há controle permanente da CRG sobre os cadastros dos processos disciplinares, bem como do registro das informações referentes aos procedimentos disciplinares instaurados no sistema CGU-PAD.

A partir dos exames aplicados concluiu-se que os processos administrativos e sindicâncias disciplinares instaurados foram registrados no referido sistema, e que a estrutura de pessoal e tecnológica é suficiente para gerenciar os procedimentos correicionais instaurados e o devido uso do sistema CGU-PAD. Dessa forma, verifica-se a adequação da gestão de procedimentos correicionais na Unidade, com destaque para a devida utilização do sistema CGU-PAD.

2.14 Avaliação do Parecer da Auditoria Interna

A Auditoria-Geral é um Órgão Seccional na estrutura do INSS, vinculada à Presidência, em conformidade com o Decreto nº 7.556, de 24.8.2011, constituindo-se de duas Coordenações-Gerais, uma Coordenação, quatro Divisões, três Serviços e oito Auditorias Regionais. A nomeação ou a exoneração do titular da Unidade tem fundamento legal no item 10, seção I, capítulo X, da IN SFC nº 01, de 6.4.2001, e parágrafo 2º do artigo 4º do capítulo III da Portaria MPS nº 296, de 9.11.2009.

Conforme disposto no Artigo 29 da Portaria nº 296/2009, compete à Auditoria-Geral planejar, acompanhar e controlar o desenvolvimento de auditorias preventivas e corretivas, identificando e avaliando riscos, recomendando ações preventivas e corretivas, em consonância com o modelo de gestão por resultados.

Nesse contexto se insere o Parecer de Auditoria Interna, referindo-se aos resultados das atividades do instituto no exercício de 2013, seguindo as disposições contidas na IN TCU nº 63, de 1.9.2010, na DN TCU nº 127, de 15.5.2013, na DN TCU nº 132, de 2.10.2013 e na Norma de Execução CGU nº 01, de 28.3.2014. Nele foram contempladas informações referentes aos objetivos, metas, ações e indicadores definidos na Portaria Conjunta MPS/INSS nº 572, de 21.9.2011.

De sua análise, observou-se que das 41 ações, e seus respectivos indicadores, conforme inicialmente apresentados no Mapa Estratégico da Previdência Social, 23 ações atingiram seus objetivos, 11 apresentaram-se com realização aquém da previsão e 7 tiveram a análise prejudicada em face da não apresentação de resultados. Para as ações

cujos indicadores apresentaram a execução aquém da previsão ou mesmo naquelas em que não houve execução, uma das justificativas apresentadas foi a ocorrência de contingenciamento orçamentário. Em alguns casos, a dificuldade para o atingimento da meta foi a existência de problemas no desenvolvimento de sistemas computacionais que suportariam a execução da ação.

Por meio da atuação da Auditoria-Geral do INSS, em conjunto com as demais áreas da autarquia, observou-se, no decorrer do exercício avaliado, o fortalecimento dos controles internos administrativos, contemplando atividades que contribuem para que os tais controles identifiquem e evitem falhas e irregularidades, bem como minimizem riscos inerentes aos processos relevantes da unidade.

No que diz respeito às rotinas de acompanhamento da implementação das recomendações expedidas pela Auditoria-Geral, destaca-se o uso do sistema SA4, que permite interatividade com os gestores, facultando a inserção das respostas de recomendações e a anexação dos documentos comprobatórios digitalizados. A metodologia de acompanhamento e de implementação das recomendações encontra-se estabelecida no Manual de Auditoria Interna, aprovado pela Resolução nº 121/INSS/PRES, de 29.11.2010. Além de permitir o acompanhamento do atendimento das recomendações, o sistema SA4 contempla o módulo Gestor, que permite a avaliação dos resultados a partir da análise de relatórios gerenciais extraídos do módulo após o encerramento do exercício.

Após o encerramento dos trabalhos, com as recomendações expedidas às áreas responsáveis, um relatório consolidado é enviado à Presidência do INSS para conhecimento e cadastramento das recomendações no sistema de controle denominado Matriz de Monitoramento, para acompanhamento da Auditoria-Geral e do Comitê Permanente de Controle. Destaca-se que o que o gestor pode assumir o risco de não implementar recomendações exaradas pela Auditoria-Geral.

No que diz respeito à sistemática de comunicação à alta gerência, ao conselho de administração e ao comitê de auditoria sobre riscos considerados elevados decorrentes da não implementação das recomendações da auditoria interna pela alta gerência, observa-se que na estrutura da Auditoria-Geral está inserido o Serviço de Assuntos Estratégicos - SAEST, com incumbência de subsidiar a avaliação e identificação dos riscos às demais áreas da Auditoria-Geral. Quando algum risco é identificado, o SAEST comunica imediatamente a alta administração. Em seguida, são formalizados relatórios e/ou notas técnicas documentando os achados de auditoria. Adicionalmente, adotam-se medidas saneadoras no caso de fragilidades dos sistemas corporativos, bem como tratamentos específicos no caso de fraudes ou da necessidade de avaliação pelo Órgão de Correição, quando a ocorrência pode resultar em imputação de responsabilidade funcional.

Na avaliação do planejamento e execução do Plano Anual de Atividades de Auditoria Interna – PAINT, verificou-se que a Unidade adota em sua metodologia de trabalho práticas adequadas às normas de auditoria, com destaque para o processo de planejamento utilizado, o qual se encontra devidamente documentado, com

levantamentos de dados constantes de sistemas corporativos, detalhamento do escopo e das técnicas utilizadas, bem como dos recursos humanos alocados nas ações de auditoria.

Por fim, no exercício de 2013 houve a realização de trabalhos na Administração Central, nas Superintendências Regionais, nas Gerências-Executivas e, conforme o caso, em Agências da Previdência Social, incluindo Ações Nacionais, de Risco Local, Especiais, de Acompanhamento e Compartilhadas com a CGU. Foram concluídas 821 Ações de Auditoria, para um total previsto em 650 Ações. Tal execução resultou em um alcance de aproximadamente 126% da meta prevista.

Diante do exposto, conclui-se que o Parecer da Auditoria Interna contemplou de forma suficiente os elementos exigidos na DN TCU nº 132/2013.

2.15 Avaliação do Conteúdo Específico do Relatório de Gestão

Na análise do conteúdo específico do RG a principal questão considerada diz respeito à consistência das informações apresentadas pela UJ em atendimento ao demandado na Parte B do Anexo II da DN TCU nº 127/2013. No caso do INSS, foram demandadas:

- Informações sobre a gestão dos ativos imobiliários e sobre o Plano Nacional de Desimobilização – PND, no formato definido na portaria prevista no inciso VI do caput do art. 5º da citada DN;
- Informações gerenciais sobre o andamento do Plano de Implantação do Novo Modelo de Gestão do INSS - PINMG;
- Informações gerenciais sobre o andamento do Plano de Expansão da Rede de Atendimento do INSS – PEX, devendo constar, no mínimo, as seguintes informações: (a) número de agências construídas, em construção e inauguradas; e (b) quantitativos de equipamentos de informática e móveis adquiridos, além dos respectivos valores investidos nessas despesas e demais investimentos relativos ao PEX.

Em relação à gestão de ativos imobiliários e ao **Plano Nacional de Desimobilização – PND**, releva ressaltar que o art. 1º da Lei nº 9.702/1998 autoriza o INSS a alienar os bens imóveis de sua propriedade considerados desnecessários ou não vinculados às suas atividades operacionais. Consideram-se vinculados às atividades operacionais os imóveis residenciais destinados à ocupação por seus servidores / dirigentes, e aqueles que, por suas características e localização, sejam declarados pelo INSS como relacionados aos seus objetivos institucionais, não lhes aplicando o disposto na lei mencionada acima. Corroborando tal posicionamento, o Acórdão TCU nº 170/2005 – Plenário esclarece que a Lei nº 9.702/1998 estabeleceu um poder-dever para o INSS, que deve buscar alienar os seus imóveis não operacionais.

A tabela a seguir apresenta as metas e a execução da Ação 8426 - Desimobilização de Imóveis Não-Operacionais do INSS.



Tabela 17 – Execução da ação 8426 - Desimobilização de Imóveis Não-Operacionais do INSS

Exercício	Físico			Despesa total executada (R\$)	Receita total com as alienações (R\$)	Valor Médio (R\$)
	Meta LOA	Imóveis alienados	Execução			
2009	858	95	11,1%	72.886,15	87.278.976,30	918.726,07
2010	500	74	14,8%	514.457,94	43.257.052,17	584.554,76
2011	500	58	11,6%	304.278,02	112.848.316,92	1.945.660,64
2012	300	120	40,0%	77.724,84	77.553.495,13	646.279,13
2013	314	66	21,0%	135.759,21	25.771.979,56	390.484,54

Fontes: SIGPlan / Relatórios de Gestão.

Verifica-se que desde a criação do PND tem ocorrido baixa execução física da ação 8426. Faz-se necessário destacar que ao longo dos anos o INSS, ao constatar as dificuldades administrativas que possui para operacionalizar tal atividade, tem atuado no sentido de compatibilizar as metas físicas estipuladas à real capacidade da autarquia, de forma a evitar inadequações.

Desde sua criação o programa apresenta as dificuldades de execução a seguir relacionadas:

- insuficiência de pessoal capacitado e de estrutura orgânica específica, em especial nas GEX, para dar andamento à realização dos leilões;
- dificuldades na realização das avaliações dos imóveis e demora na entrega das mesmas;
- dificuldade em obter a documentação cartorial que instrui os processos;
- imóveis em situação de invasão e em alguns casos *sub-judice* aguardando sentença;
- imóveis com baixa competitividade no mercado imobiliário e pouca publicidade dos leilões na mídia, prejudicando a obtenção de êxito de alguns leilões;
- imóveis aguardando decisão dos órgãos públicos que manifestaram interesse na sua aquisição pelo exercício do direito de preferência;
- pouca publicidade dos leilões na mídia; e
- falta de estrutura orgânica específica e dedicada às alienações nas GEX.

No que tange à falta de estrutura administrativa orgânica específica, citamos o art. 155 do Regimento Interno do INSS, que trata das atividades dos agentes responsáveis pela gestão do patrimônio no âmbito das Unidades Descentralizadas:

“Art. 155. À Divisão de Orçamento, Finanças e Logística compete:

- I - orientar, planejar, avaliar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relacionadas com as áreas de logística, engenharia, **patrimônio imobiliário**, licitações, contratos, orçamento, finanças e contabilidade da Superintendência Regional e das Gerências-Executivas;
- II - reconhecer despesas de exercícios anteriores, excetuando despesas de pessoal, em conjunto com o Superintendente Regional;
- III - decidir sobre recursos na sua área de atuação;
- IV - gerenciar a aquisição, utilização, manutenção e desfazimento de bens móveis; e
- V - propor gestores dos contratos, convênios, acordos, ajustes ou instrumentos congêneres, consoante deliberação do Superintendente Regional.” (grifou-se)

Nas Unidades Descentralizadas, em virtude de o setor competente para gerir essas atividades ser responsável por um conjunto extenso de atividades, a questão patrimonial acaba por vezes concorrendo com outras atividades, em especial aquelas relacionadas à manutenção da GEX, tais como: vigilância, limpeza, água, energia, telefonia,

manutenção, obras, etc. A inexistência de seção com competência distinta para realização de leilões é antes permeada pela necessidade de estruturação de um setor específico destinado à gestão da ampla gama de imóveis do INSS.

Dessa forma, sem a estruturação de um setor próprio, observa-se que os gestores do setor priorizam, por vezes, atividades que fornecem suporte direto à atividade finalística da autarquia as quais podem ter impacto imediato nas atividades diárias do órgão. Com isso, atividades vinculadas à gestão patrimonial – aqui incluído o PND – não contam com o suporte exigido.

Por fim, é oportuno informar sobre a nova redação do art. 17 da Portaria MPAS nº 6.209, de 16.12.1999, dada pela Portaria MPAS nº 178, de 7.5.2014, que tornou possível a dação em pagamento de imóveis do FRGPS para débitos relacionados à compensação previdenciária.

No tocante ao **Novo Modelo de Gestão – NMG**, ele foi aprovado em 2004 pela Resolução nº 8 do Comitê de Gestão Estratégica da Previdência Social – CGEPS. A proposta era integrar as áreas da autarquia com foco nos processos e nos resultados. Como desdobramento desse projeto, foram realizados, no decorrer dos exercícios seguintes, as seguintes ações:

- Reestruturação organizacional, com ênfase na descentralização decisória e criação de novos órgãos, a exemplo da Diretoria de Atendimento – DIRAT e Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT;
- Remodelagem dos processos de trabalho, a exemplo da implementação do agendamento eletrônico, por meio da Central 135;
- Foco nos resultados, com a definição de metas, institucionalização de um Plano de Ação anual e comprometimento formal de todos os gestores com o cumprimento das mesmas;
- Desenvolvimento de ferramentas de gestão, a exemplo dos indicadores de desempenho, da Sala de Monitoramento e do Painel de Desempenho;
- Substituição de sistemas corporativos obsoletos.

Em 2013, no âmbito do NMG, foi verificada a continuidade nas ações voltadas ao desenvolvimento dos novos sistemas (SIBE, Portal CNIS e SIBE II).

O projeto SIBE, que substituirá os sistemas hoje utilizados para o reconhecimento de direitos, encontra-se atualmente com o módulo referente a Benefícios de Prestação Continuada / Lei Orgânica da Assistência Social – BPC/LOAS implementado. Os módulos restantes, entre os quais os de Benefícios por Incapacidade – BI, Aposentadoria por Idade e Monitor, apesar da previsão de conclusão a partir de 2008, não foram implementados em razão de inconsistências e atrasos no processo de desenvolvimento dos sistemas, de falhas nos processos de homologação, bem como na realização das implantações piloto.

A esse respeito, cabe ressaltar que a despeito de, após sucessivas revisões de cronogramas ao longo dos anos, o SIBE-BI encontrar-se hoje homologado, do ponto de vista da relação contratual de desenvolvimento de sistemas, a realização de implantações piloto em 3 APS revelou a necessidade de ajustes tanto na questão de

desempenho e estabilidade dos sistemas quanto no novo processo de trabalho por eles incorporado, impactando no desempenho do processo de concessão de benefícios. Tais fatos foram considerados fatores impeditivos para a implantação nacional da versão atual do Portal CNIS-SIBE. Assim, está em curso a definição de especificações para a geração de uma nova versão que seja implantável nacionalmente, a ser entregue até nov/2014. Essa solução deve contemplar mudanças estruturais, de usabilidade e de acessibilidade que melhorem a produtividade do atendimento ao segurado. Para atingir este objetivo, optou-se por completar o processo de reconhecimento de direito, concluindo os módulos necessários à substituição integral dos sistemas legados SABI e PRISMA para todos os processos de trabalho, incluindo atualização, judicial, revisão e recurso – exceto para o tratamento de ação civil pública.

Foi ainda constituído um grupo de trabalho para revisar procedimentos de atendimento para a concessão de benefícios por incapacidade, com o objetivo de garantir que o processo de implantação dos novos sistemas atenda às premissas de melhoria da qualidade dos serviços, maior segurança nos processos de trabalho e aumento da resolutividade no atendimento.

No tocante ao Portal CNIS, em 2012 foi concluído o módulo relativo ao CNIS-PF, com a disponibilização do novo portal CNIS em todas as agências do instituto. Assim como no projeto SIBE, houve atrasos nas entregas de produtos pela Dataprev que comprometeram o cumprimento do cronograma. Na verdade, dado que ambos são indispensáveis ao atingimento de um novo patamar na qualidade do processo de concessão e manutenção de benefícios, passaram a ser tratados como um só produto, referenciado como Portal CNIS-SIBE.

Com relação ao sistema SIBE-II, responsável pela gestão da folha de pagamento de benefícios, o projeto encontra-se em andamento, com previsão de conclusão para dezembro de 2015.

Ressalte-se que os constantes atrasos na implementação dos sistemas relativos ao NMG têm causado forte impacto negativo na atividade finalística do INSS, comprometendo a gestão da autarquia.

Com relação ao **Plano de Expansão da Rede de Atendimento do INSS – PEX**, ele foi criado pela Portaria MPS nº 16/2009, devido à necessidade de ampliação, descentralização e interiorização do atendimento do INSS, e contemplaria a construção de novas 720 Agências da Previdência Social – APS em municípios com mais de 20 mil habitantes. O cronograma inicial previa a implantação das novas APS até 2010. Porém, algumas dificuldades não previstas impossibilitaram a realização do plano no prazo previsto, tais como: insuficiência de disponibilidade orçamentária para as obras; necessidade de aprovação de órgãos externos para ampliação do quadro de servidores; negativa de doação de terrenos para instalação das unidades; e problemas em processos licitatórios, entre outros.

No Plano Plurianual – PPA 2012-2015 houve uma repactuação do PEX. No direcionador estratégico “*modernização da infraestrutura e otimização dos recursos*” foi criado o objetivo estratégico “*ampliar e modernizar a rede de atendimento*”, com a

meta de “*inaugurar 486 unidades até o fim de 2015*”. Este quantitativo complementaria as 720 unidades previstas inicialmente, visto que 234 APS foram inauguradas entre 2009 e 2012.

Tabela 18 – Inauguração de unidades do PEX

Ano	Unidades	Acumulado
2009	1	1
2010	56	57
2011	59	116
2012	118	234
2013	75	309

Em avaliação realizada no segundo trimestre de 2013 constatou-se que havia atraso em 68% das obras em execução do PEX. Foram verificados atrasos principalmente nas etapas atreladas à construção da obra. As causas para os atrasos incluíram inadequação no planejamento para construção e inauguração de novas agências, não prevendo o prazo adequado para instalação de redes de dados e alocação de servidores; insuficiência de pessoal para fiscalização das obras; e descontinuidade na atuação do Comitê de Gestão do PEX.

Como resultado da avaliação, foi recomendado ao INSS:

- Editar ato normativo que redefina o cronograma para implementação das unidades remanescentes do PEX;
- Reativar o Comitê Gestor do PEX;
- Realizar um estudo para identificação das causas e adoção de medidas preventivas que evitem atraso na inauguração de agências em razão de demora na instalação da rede de dados, lotação de servidores e contratação de mobiliário.

O Comitê Gestor do PEX foi reativado por meio da Portaria Conjunta nº 10/PRES/DATAPREV/INSS, de 30.8.2013. Um novo cronograma foi apresentado, dilatando o prazo do projeto para dezembro de 2015, alterando o plano de trabalho e inserindo o roteiro de implantação das unidades. A realização de estudo para identificação e mitigação das causas de atraso deve agora ser o desafio do Comitê de Gestão.

Em suma, constatou-se a consistência das informações apresentadas pela UJ em atendimento ao demandado na Parte B do Anexo II da DN TCU nº 127/2013 – nominalmente, em relação ao PND, ao PINMG e ao PEX.

2.16 Avaliação dos Controles Internos Administrativos

Na análise dos controles internos administrativos a principal questão considerada diz respeito à sua contribuição para o atingimento dos objetivos estratégicos da Unidade Jurisdicionada.

A metodologia do trabalho de auditoria consistiu na avaliação de todas as áreas de gestão auditadas (avaliadas nos itens anteriores) e dos principais macroprocessos finalísticos. A partir da avaliação comparada entre os controles internos por área de gestão e os macroprocessos finalísticos emitiu-se uma opinião sobre os componentes: ambiente de controle; avaliação de risco; procedimentos de controle; informação e comunicação; e monitoramento.

Em relação ao **ambiente de controle**, foi identificada a existência de regimento interno atualizado, aprovado pela Portaria nº 269/09 e pelo Decreto nº 7.556/2011, que dispõe sobre as atribuições e responsabilidades de sua estrutura administrativa. No regimento interno encontram-se estabelecidos os princípios institucionais que devem ser adotados para atendimento às finalidades legais do instituto, revelando a preocupação dos normatizadores em dotar a autarquia de elementos que definam o processo de gestão estratégica e operacional. Nesse sentido, cabe destacar a elaboração da Carta de Princípios de Gestão e Governança do INSS, aprovada pela Resolução nº 111/2010, por meio da qual foi introduzido o conceito de “gerir é cuidar”.

No tocante às competências dos agentes envolvidos na gestão do INSS, destacam-se dois normativos específicos:

- A Resolução nº 115/2010, que apresenta a definição das competências necessárias ao exercício da gestão das APS e estabelece diretrizes para a elaboração e oferta das ações educacionais que farão parte do programa de educação continuada para os gerentes das APS. De acordo com o ato normativo, os cursos do programa de educação continuada para os gerentes das APS serão compostos de quatro papéis-chave: I - gestão de processos; II - gestão de equipe; III - gestão do atendimento; e IV - gestão da informação e do conhecimento.
- A Resolução nº 134/2010, que define as competências necessárias ao exercício da função dos Superintendentes Regionais, Gerentes Executivos, Coordenadores, Chefes de Divisão, Chefes de Serviço e Gerentes de Corregedoria. Conforme disposto no ato normativo, as competências necessárias ao exercício da gestão serão compostas de: I - papéis-chave que se subdividem em unidades de competências; e II - unidades de competências que se desdobram em desempenhos competentes, contemplando os eixos contidos nos direcionadores estratégicos do INSS.

Ainda sobre as competências, verificou-se como boa prática na Unidade a elaboração e disponibilização na *intranet* de manuais de apoio à realização das rotinas administrativas, como por exemplo: Manual de Fluxo de Atendimento, Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, Manual de Atualização de Benefícios, Manual do Monitoramento Operacional de Benefícios, Manual de Controle Interno na Área de Benefícios do INSS, Manuais de Procedimentos de Benefícios por Incapacidade – MPBI - Perícias Médicas, Manual de Gestão do Contrato 135, Manual de Auditoria Interna, Manual de Procedimentos e Rotinas de Gestão de Contratos, Manual de Engenharia e Patrimônio Imobiliário, Manual de Orçamento, Finanças e Contabilidade, Manual de Procedimentos Arquivísticos do INSS, etc.

Em que pese a existência dos manuais e normativos citados, na autoavaliação apresentada no item 3.2 do Relatório de Gestão 2013 foi apontada a necessidade de melhoria em dois aspectos referentes ao ambiente de controle. O primeiro refere-se aos

mecanismos que garantam ou incentivem a participação dos funcionários e servidores dos diversos níveis da estrutura da UJ na elaboração dos procedimentos, das instruções operacionais ou código de ética ou conduta. Nesse aspecto, é importante registrar que o INSS não possui código de ética elaborado pelo Órgão. O segundo aspecto apontado pelo corpo diretivo foi a inexistência de adequada segregação de funções nos processos e atividades de competência da UJ. Essa situação foi evidenciada por esta CGU durante a realização dos trabalhos de auditoria, em especial na área de orçamento, finanças e contabilidade, na qual não há desvinculação entre as funções orçamentárias e financeiras das funções de contabilidade, bem como na condução dos projetos SIBE, Portal CNIS e SIBE II, na qual não há uma divisão entre o gerente do projeto e o gerente do negócio.

No tocante à **avaliação de risco**, releva destacar que, em trabalhos de auditoria compartilhada realizados no primeiro trimestre de 2013 por esta CGU e pela Auditoria-Geral do INSS, foi identificada inadequação da política de segurança da informação da autarquia. Conforme já comentado, a maioria das providências relativas à mitigação das fragilidades associadas ainda não foi concluída.

Na autoavaliação apresentada no item 3.2 do Relatório de Gestão 2013 foram apontadas como de baixa incidência os seguintes aspectos relacionados à avaliação de riscos: diagnóstico dos riscos envolvidos nos processos estratégicos, bem como a identificação da probabilidade de sua ocorrência e a adoção de medidas para sua mitigação; definição de níveis de riscos operacionais, de informações e de conformidade; continuidade da avaliação de riscos, de modo a identificar mudanças no perfil de risco ocasionadas por transformações nos ambientes interno e externo; mensuração e classificação de riscos; e ocorrência de fraudes e perdas decorrentes de fragilidades nos processos internos. Conclui-se que, em relação à avaliação de riscos, ainda devem ser promovidas ações que proporcionem resultados expressivos.

Especificamente quanto à ocorrência de fraudes e perdas decorrentes de fragilidades nos processos internos, destaque-se que desde 2002 esta CGU vem apontando fragilidades nos controles internos da unidade que resultaram no pagamento indevido de benefícios e em prejuízos aos cofres públicos.

No que tange aos **procedimentos de controle**, na avaliação dos trabalhos realizados pela Auditoria-Geral do INSS verificou-se que a elaboração do plano de auditoria baseia-se nos riscos e nos processos críticos do negócio da autarquia. Considerando os critérios de probabilidade de ocorrência, materialidade e relevância, são utilizadas matrizes de análises de riscos / criticidade para mensuração, de forma a orientar adequadamente as ações de auditoria. Na construção dessas matrizes, são consideradas várias variáveis, a exemplo de: grau de intervenção manual nos procedimentos envolvidos; existência de reclamações, denúncias, prejuízos, advertências, penalidades, multas que motivem a priorização de processos; grau de especialização exigido para os servidores envolvidos nos trabalhos; processo objeto de ações fraudulentas internas já ocorridas; complexidade da legislação e normas internas a que o objeto está vinculado; grau de influência de fatores externos; e probabilidade de desgaste da imagem da instituição.



Na autoavaliação apresentada no item 3.2 do Relatório de Gestão 2013 foi apontado que este elemento de controle apresenta elevada incidência no âmbito da gestão do INSS. Contudo, foi identificada como uma das causas do pagamento indevido de benefícios a inadequação das ações preventivas de controle, em especial nos processos de manutenção e pagamento de benefícios previdenciários.

Com relação a **informação e comunicação**, releva destacar que a utilização de indicadores de desempenho é uma prática adotada na gestão, e envolve os níveis estratégicos e operacionais da autarquia. A ferramenta é aplicada no monitoramento da qualidade do atendimento, bem como no controle da execução do planejamento e alcance das metas pactuadas. Os dados medidos pelos indicadores encontram-se disponíveis na intranet, e são acessados a partir de dois sistemas de controle: o painel de desempenho e a sala de monitoramento.

O painel de desempenho é uma ferramenta de gestão que fornece em tempo real os resultados quanto ao desempenho dos indicadores constantes no Plano de Ação, bem como informações gerenciais sobre benefícios e outros indicadores de desempenho. É possível, ainda, observar os custos fixos e variáveis discriminados por insumo, valor total, valor unitário e a evolução do gasto no exercício atual em relação ao anterior. Com isso, é possível a todos os servidores da Unidade com acesso à rede acompanhar o cumprimento das metas, tanto em âmbito nacional quanto em nível local.

A sala de monitoramento disponibiliza em tempo real um panorama do atendimento realizado nas unidades do INSS. Constam informações, até o nível de APS, sobre: senhas distribuídas, cidadãos aguardando atendimento, cidadãos sendo atendidos, atendimentos concluídos, bem como, em destaque (vermelho) cidadãos aguardando atendimento há mais de duas horas. Há, também, informações quanto ao índice da taxa de comparecimento dos agendamentos, situação da rede de atendimento (unidades ativas, inativas, feriados locais, inacessíveis e com circuito interrompido), processos represados há mais de 75 dias, processos que impactam no IMA GDASS (em análise há mais de 45 dias) e processos pendentes na Ouvidoria. É possível visualizar também a agenda SAE, a agenda de perícia médica, os gráficos do sistema supervisão e o perfil da unidade. Ainda, a ferramenta fornece, a cada 15 minutos, a situação dos principais indicadores de atendimento (TMEA, TMC, TMA, TMA/PM e IMA GDASS), com graduações em vermelho, amarelo e verde, que facilitam a sua interpretação.

Em análise específica, verificou-se que a maioria dos indicadores de desempenho utilizados pelo INSS atende aos requisitos de completude, comparabilidade, confiabilidade, acessibilidade e economicidade.

No tocante ao **monitoramento**, destacam-se as avaliações referentes ao cumprimento de deliberações exaradas em acórdãos do TCU e de recomendações da CGU.

De acordo com dados do Sistema de Controle de Demandas Externas – Condex Web, entre os anos de 2005 e 2013 foram publicados 205 acórdãos, com 557 determinações e recomendações à autarquia. Destas, 261 (47%) foram consideradas atendidas e 296 (53,1%) estão ainda pendentes de atendimento.

Conforme já comentado, das 51 recomendações da CGU referentes à auditoria anual de contas 2012, verificou-se que 48 recomendações (94%) ainda estão pendentes; das 58 recomendações apontadas na auditoria anual de contas 2011, apenas 9 (15%) ainda estão pendentes. Além destas, ainda seguem no PPP como pendentes 5 recomendações da avaliação de contas de 2008, relativas ao processo de compensação previdenciária. Destaque-se que, enquanto as providências não são concluídas, as fragilidades detectadas continuam a impactar as atividades do instituto.

Ressalte-se que a Presidência do INSS dispõe de um instrumento denominado Matriz de Monitoramento, acessível via intranet, que permite acompanhar o atendimento às determinações e recomendações formuladas pelos órgãos de controle interno e externo. Esta ferramenta é utilizada pelo Comitê Permanente de Controle – CPC instituído pela Portaria PRES/INSS nº 617, de 25.6.2009. Ainda, com a edição da Portaria MPS nº 419, de 26.9.2013, instituiu-se o Comitê de Controle Interno Administrativo – CCIA, no âmbito do MPS e de suas entidades vinculadas, com a finalidade de manter permanente acompanhamento das determinações e recomendações emitidas pelo Controle Externo e pelo Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal.

Por fim, é importante considerar que, para uma análise mais ampla dos controles internos administrativos do INSS, é importante contextualizar a situação da gestão interna do instituto antes e depois de 1998, ano de implementação do Programa de Modernização da Previdência Social – Proprev. Antes desta data, a gestão da Unidade apresentava as seguintes características:

- Centralização decisória (27 Superintendências Regionais);
- Gestão departamentalizada;
- Planejamento de curto prazo sem visão de futuro;
- Comunicação ineficiente;
- Sistemas corporativos obsoletos e sem integração;
- Processos burocratizados;
- Ônus da prova sob a responsabilidade do cidadão;
- Dependência da mão-de-obra terceirizada;
- Infraestrutura deficitária das unidades de atendimento.

A partir do Proprev, iniciou-se um processo de remodelamento dos processos de trabalho, desenho de novos sistemas corporativos e implementação de um novo modelo de gestão para o INSS. Dentre os resultados obtidos nesse processo, destacam-se:

- Reestruturação organizacional: criação de novas unidades (DIRAT, DIRSAT), descentralização decisória, com a elaboração de novo regimento interno, aprovado pela Portaria nº 6.247/1999, posteriormente revogada. Atualmente o regimento interno encontra-se aprovado nos moldes constantes na Portaria nº 269/09;
- Contratualização da gestão: elaboração do Plano de Ação a partir do comprometimento formal dos gestores, elaboração da carta de princípios de gestão e governança, etc.;
- Institucionalização de indicadores de gestão com foco no cidadão: metas definidas no planejamento institucional (Plano de Ação);
- Ambiente de monitoramento do atendimento estruturado: sala de monitoramento, painel de desempenho, etc.;

- Comunicação institucional efetiva: intranet, INSS em números, etc.;
- Substituição dos sistemas corporativos obsoletos e/ou implementação de novos sistemas: projetos SIBE, SIBE II, Portal CNIS, e-recursos, JA Eletrônica, SIRC, etc.;
- Melhoria das unidades e dos canais de atendimento: Central 135, Projetos PMA e PEX, etc.

A despeito dos avanços obtidos no período, na avaliação dos controles internos administrativos relativa à gestão de 2013 constataram-se disfunções que comprometem o desempenho operacional da autarquia, em especial quanto aos seguintes aspectos:

- Ambiente de controle: ineficiência e inadequação no processo de segregação de funções;
- Avaliação de risco: ineficácia e ineficiência na gestão de riscos, destacando-se a ausência de uma política de segurança da informação, bem como fragilidades nos controles internos da Unidade que resultam em fraudes e prejuízos aos cofres públicos;
- Procedimentos de controle: ausência de adoção de medidas preventivas compatíveis com os riscos inerentes ao negócio, em especial no que se refere ao processo de manutenção e pagamento de benefícios previdenciários.

2.17 Ocorrência com dano ou prejuízo

Entre as análises realizadas pela equipe, foi constatada ocorrência de dano ao erário nos seguintes achados de auditoria:

1.1.1.2 PAGAMENTO INDEVIDO DE BENEFÍCIOS

1.1.1.3 MOROSIDADE NA COBRANÇA ADMINISTRATIVA E ANÁLISE DE PROCESSOS PASSÍVEIS DE INSTAURAÇÃO DE TCE

1.5.1.1 PAGAMENTO DE DIÁRIAS DE FORMA CONTINUADA



3. Conclusão

Eventuais questões formais que não tenham causado prejuízo ao erário, quando identificadas, foram devidamente tratadas por Nota de Auditoria e as providências corretivas a serem adotadas, quando for o caso, serão incluídas no Plano de Providências Permanente – PPP ajustado com a UJ e monitorado pelo Controle Interno.

Tendo sido abordados os pontos requeridos pela legislação aplicável, submetemos o presente relatório à consideração superior, de modo a possibilitar a emissão do competente Certificado de Auditoria.

Informamos que os servidores listados abaixo, cujas assinaturas não foram apostas neste relatório, não estavam presentes quando da geração final deste documento por motivo previsto legalmente, apesar de terem efetivamente atuado como membros da equipe de auditoria.

Brasília/DF, 23 de julho de 2014.



1 PREVIDENCIA SOCIAL

1.1 BENEFÍCIOS PREVIDENCIARIOS URBANOS

1.1.1 EFETIVIDADE DOS RESULTADOS OPERACIONAIS

1.1.1.1 CONSTATAÇÃO

INADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE CONCESSÃO, MANUTENÇÃO E PAGAMENTO DO BENEFÍCIO DE AUXÍLIO-DOENÇA E COMPROMETIMENTO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO AOS SEGURADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Fato

No exercício 2013 foram realizadas pela CGU, de forma compartilhada com a Auditoria-Geral do INSS – AUDGER, auditorias em 159 APS com o objetivo específico de verificar a existência e a adequabilidade dos instrumentos e mecanismos de controle utilizados pelo INSS com vistas a garantir a qualidade do processo de concessão, manutenção e pagamento do benefício de auxílio-doença.

As ações de controle abordaram questões relativas: ao fluxo de atendimento de perícia médica; aos requisitos documentais necessários ao requerimento do benefício; à adequação da infraestrutura das APS para a realização de perícias (quantitativo e condições das salas de perícia médica, mobiliário e equipamentos minimamente necessários); ao cumprimento da carga horária de trabalho pelos peritos médicos; ao cumprimento da agenda de perícias; ao controle das atividades complementares (extra-agenda) da perícia médica; e à qualidade dos Laudos Periciais Médicos – LPM.

Concluiu-se que os instrumentos e mecanismos de controle existentes não são suficientes para garantir a qualidade da concessão do benefício de auxílio-doença. As falhas identificadas afetam negativamente a qualidade do atendimento ao segurado da Previdência Social, impactada por deficiências na infraestrutura das APS para a realização de perícias e pelo tempo de espera para atendimento, bem como por indeferimento de benefícios decorrente de erro na avaliação da incapacidade laborativa, e podem resultar em prejuízos ao INSS, decorrentes de fraudes no requerimento e concessão de benefícios, de deferimento de benefícios decorrente de erro na avaliação da incapacidade laborativa, e ainda de pagamento a servidores por serviços não prestados, em decorrência de falta de pontualidade e assiduidade.

Com relação ao fluxo de atendimento de perícia médica, constatou-se que em 18,24% das 159 APS fiscalizadas os segurados não recebem a senha de atendimento no momento em que chegam à APS, sendo a mesma, de maneira geral, entregue somente quando da chegada do perito médico na agência.

No tocante ao requerimento do benefício, constatou-se que em 69,18% das APS fiscalizadas os procedimentos de recepção e verificação da documentação mínima

necessária à concessão do benefício auxílio-doença não foram executados conforme determinado nos normativos, tendo em vista a não apresentação dessa documentação quando solicitada pelas equipes de fiscalização.

A respeito da infraestrutura das APS para a realização de perícias, verificou-se: que em 10,06% das agências fiscalizadas o número de salas de perícia disponíveis era inferior ao necessário, considerando-se o quantitativo de peritos médicos que atendiam regularmente na APS, por turno; que as condições físicas minimamente necessárias para as instalações das salas de perícia não estavam presentes em 35,85% das APS fiscalizadas; e que 50,31% das agências fiscalizadas não atendiam às condições mínimas relativamente à existência e condições de uso de equipamentos e mobiliário.

Relativamente ao controle das atividades dos peritos médicos, constatou-se: que os controles existentes sobre o cumprimento efetivo da carga horária de trabalho são deficientes, uma vez que, em 22,01% das APS fiscalizadas, foram identificados não comparecimentos ou saídas antecipadas sem justificativas aplicáveis e sem aposições de códigos de frequência que impusessem compensações posteriores das horas faltantes; que 45,51% dos peritos médicos acumulam cargos ou empregos de forma tal que sua carga horária acumulada é igual ou superior a 60 horas semanais; que os controles existentes sobre o cumprimento da agenda de perícias são deficientes, uma vez que, em 32,70% das APS fiscalizadas, foram evidenciados atrasos sistemáticos superiores a uma hora entre o horário agendado para a primeira perícia médica e a entrada do correspondente perito médico na agência, bem como a não realização das perícias médicas conforme o agendamento efetuado; e ausência de controle efetivo sobre o cumprimento das atividades complementares (ou extra-agenda) em 37,74% das agências fiscalizadas.

Finalmente, no que concerne à Qualidade dos Laudos Periciais Médicos – LPM, constatou-se que 53,43% dos laudos médicos analisados possuíam inadequação em pelo menos um dos cinco elementos considerados minimamente necessários para atestar a incapacidade laborativa do segurado, revelando deficiências no processo de elaboração desses laudos.

Com base nas constatações identificadas foram realizadas reuniões com o gestor federal para apresentação do diagnóstico e busca conjunta de soluções, no período de 19 a 26.3.2014. Dessa forma, foram acordadas recomendações de caráter estruturante, incluindo: implementação ou aprimoramento de instrumentos de controle relacionados ao fluxo de atendimento de perícia médica, à formalização de processos de concessão de benefícios por incapacidade, ao cumprimento de carga horária de trabalho, ao cumprimento da agenda de perícias e à realização de atividades extra-agenda; capacitação e treinamento de servidores; realização de levantamentos e estudos de viabilidade relativos à identificação biométrica de segurados (e servidores) e às condições da rede de atendimento; elaboração de plano de adequação da infraestrutura das agências para a realização de perícias médicas; revisão e atualização das diretrizes relacionadas à atividade de perícia médica; e estabelecimento e monitoramento do cronograma de implantação do SIBE-BI.

Entre as providências já tomadas pelos gestores do INSS, releva citar: capacitação de peritos médicos em aposentadoria especial para pessoas com deficiência; publicação de diretrizes técnicas atualizadas em psiquiatria e oftalmologia; elaboração de diretrizes técnicas atualizadas em hanseníase, tuberculose e HIV; e edição de normativos internos determinando: a realização de reuniões técnicas nas Gerências-Executivas, implantação, na Sala de Monitoramento, de instrumentos de monitoração das discrepâncias entre os horários agendados e o efetivo horário de chegada e atendimento dos cidadãos nas unidades; realização de capacitações, reuniões e videoconferências com todas as GEX e APS; intensificação da divulgação de informações e melhoria de comunicação; reforço da orientação para a formalização de processos de auxílio-doença; e revisão e readequação dos fluxos de atendimento de benefícios por incapacidade.

Apesar das gestões realizadas pelo INSS, verificou-se que permanece a situação de ausência de controle informatizado do registro de todas as atividades relativas à perícia médica, bem como a manutenção da utilização do sistema SABI, enquanto não for implementado o módulo de benefício por incapacidade do sistema SIBE.

O projeto SIBE, que substituirá os sistemas hoje utilizados para o reconhecimento de direitos, encontra-se atualmente com o módulo referente a Benefícios de Prestação Continuada / Lei Orgânica da Assistência Social – BPC/LOAS implementado. Os módulos restantes, entre os quais os de Benefícios por Incapacidade – BI, Aposentadoria por Idade e Monitor, apesar da previsão de conclusão para 2012, não foram implementados em razão de inconsistências e atrasos no processo de desenvolvimento dos sistemas, de falhas nos processos de homologação, bem como na realização das implantações piloto.

A esse respeito, cabe ressaltar que a despeito de, após sucessivas revisões de cronogramas ao longo dos anos, o SIBE-BI encontrar-se hoje homologado, do ponto de vista da relação contratual de desenvolvimento de sistemas, a realização de implantações piloto em 3 APS revelou a necessidade de ajustes tanto na questão de desempenho e estabilidade dos sistemas quanto no novo processo de trabalho por eles incorporado, impactando no desempenho do processo de concessão de benefícios. Tais fatos foram considerados fatores impeditivos para a implantação nacional da versão atual do Portal CNIS-SIBE. Assim, está em curso a definição de especificações para a geração de uma nova versão que seja implantável nacionalmente, a ser entregue até nov/2014. Essa solução deve contemplar mudanças estruturais, de usabilidade e de acessibilidade que melhorem a produtividade do atendimento ao segurado. Para atingir este objetivo, optou-se por completar o processo de reconhecimento de direito, concluindo os módulos necessários à substituição integral dos sistemas legados SABI e PRISMA para todos os processos de trabalho, incluindo atualização, judicial, revisão e recurso – exceto para o tratamento de ação civil pública.

Foi ainda constituído um grupo de trabalho para revisar procedimentos de atendimento para a concessão de benefícios por incapacidade, com o objetivo de garantir que o processo de implantação dos novos sistemas atenda às premissas de melhoria da qualidade dos serviços, maior segurança nos processos de trabalho e aumento da resolutividade no atendimento.



Em suma, constata-se que as falhas identificadas afetam negativamente a qualidade do atendimento ao segurado da Previdência Social, impactada por deficiências na infraestrutura das APS para a realização de perícias e pelo tempo de espera para atendimento, bem como por indeferimento de benefícios decorrente de erro na avaliação da incapacidade laborativa, e podem resultar em prejuízos ao INSS, decorrentes de fraudes no requerimento e concessão de benefícios, de deferimento de benefícios decorrente de erro na avaliação da incapacidade laborativa, e ainda de pagamento a servidores por serviços não prestados, em decorrência de falta de pontualidade e assiduidade.

Ainda, considerando que os fatos apontados, em boa medida, serão mitigados com a implantação do SIBE-BI, o grande atraso na implementação do referido sistema vem causando forte efeito negativo sobre a atividade operacional do INSS.

Causa

As causas para os fatos constatados incluem: falhas no monitoramento da adequação da infraestrutura das agências ao padrão estipulado pelo INSS; deficiências na utilização dos mecanismos de aperfeiçoamento e capacitação dos peritos médicos e dos instrumentos de avaliação qualitativa da atividade médico-pericial; e fragilidades existentes nos controles internos das APS relacionadas à gestão do benefício auxílio-doença.

Referente ao grande atraso na implementação do SIBE-BI as causas estão relacionadas principalmente a deficiências na gestão do Plano de Implantação do Plano de Implantação do Novo Modelo de Gestão do INSS – PINMG, aprovado em 2004 pela Resolução nº 8 do Comitê de Gestão Estratégica da Previdência Social – CGEPS. Tais deficiências foram apontadas em trabalhos anteriores desta CGU, sendo que uma das medidas adotadas a partir das constatações de auditoria foi a criação do Comitê Gestor de Implantação dos Sistemas do NMG, instituído pela Portaria Conjunta nº 1/INSS/DATAPREV, de 24.1.2012. Entre as atribuições do referido Comitê está a de deliberar quanto à estratégia de implantação dos sistemas do NMG, sendo, portanto, responsável pelo gerenciamento de todas as ações necessárias à implantação dos novos aplicativos.

Os fatos apontados também têm estreita relação com deficiências na gestão dos projetos e dos contratos celebrados com a Dataprev para o desenvolvimento de sistemas, principalmente no tocante à gestão de demandas. Tais fatos também foram apontados em auditoria realizada no primeiro semestre de 2013, sendo que a maioria as providências relativas às recomendações acordadas encontram-se ainda em andamento, com prazo de conclusão previsto para o final de 2014.

Os fatos têm relação com várias áreas do instituto, cada qual com suas responsabilidades sobre parte do processo. De acordo com o Regimento Interno do INSS, compete à Diretoria de Benefícios – DIRBEN gerenciar as bases dos dados dos segurados, com vistas ao reconhecimento automático do direito; gerenciar, normatizar, orientar e uniformizar os procedimentos de administração de informações de segurados,



reconhecimento inicial, manutenção, recurso e revisão de direitos ao recebimento de benefícios previdenciários e assistenciais e monitoramento da operacionalização dos benefícios; estabelecer diretrizes gerais para o desenvolvimento de planos, programas e metas relativos a essas atividades; e desenvolver estudos voltados para o aperfeiçoamento dos mecanismos de reconhecimento de direito ao recebimento de benefícios.

À Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT compete gerenciar e normatizar as atividades de perícia médica, de reabilitação profissional e de serviço social; desenvolver estudos voltados para o aperfeiçoamento dessas atividades; estabelecer diretrizes para os sistemas de benefícios por incapacidade; e subsidiar os órgãos e as unidades descentralizadas no estabelecimento de parâmetros de avaliação dessas atividades.

A Diretoria de Atendimento – DIRAT é responsável por assegurar a qualidade dos serviços prestados aos usuários; padronizar os procedimentos da rede de atendimento; supervisionar os serviços de modernização, suporte e manutenção de informática à rede de atendimento; e autorizar a implantação e supervisionar a utilização e modernização dos Sistemas Corporativos nas unidades de atendimento.

Ainda, a Coordenação-Geral de Tecnologia da Informação – CGTI tem a responsabilidade de assegurar a disponibilidade de recursos tecnológicos necessários aos serviços previdenciários e assistenciais prestados aos usuários; gerenciar planos, programas e ações relativos à tecnologia da informação, no âmbito do INSS, em articulação com o MPS e com a Dataprev, de acordo com as diretrizes de modernização da Previdência Social; e de coordenar e supervisionar, em articulação com as áreas, a implantação, utilização e modernização dos sistemas corporativos.

No âmbito das unidades descentralizadas, compete às Superintendências Regionais – SR gerenciar as atividades executadas pelas unidades subordinadas, incluindo as relacionadas à concessão e pagamento de benefícios, enquanto às Gerências-Executivas – GEX cabe supervisionar as Agências da Previdência Social - APS sob sua jurisdição na execução de suas atividades, incluindo a operacionalização da concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais.

Manifestação da Unidade Examinada

Acerca das fragilidades constatadas e recomendações feitas em relação aos benefícios por incapacidade, bem como acerca de providências adotadas e a adotar, a unidade se manifestou por meio do Ofício nº 232/GABPRE/INSS, de 14.4.2014. Ainda, em decorrência da Reunião de Busca Conjunta de Soluções, realizada em 11.7.2014, a unidade, por meio do Ofício nº 484/GABPRE/INSS, de 15.7.2014 encaminhou documentos e informações adicionais, nas quais foram apresentadas, de maneira geral, as situações atualizadas das citadas providências, dentre as quais destacamos, por tema relacionado às inadequações constatadas, as seguintes.



a) Inadequação do fluxo de atendimento de perícia médica e da formalização dos processos de concessão dos benefícios por incapacidade

”Neste sentido, foram reiterados os atos que instituíram os procedimentos atuais, somando-se a procedimentos de visitas as unidades fiscalizadas pela CGU visando a padronização dos procedimentos E correção dos desvios encontrados.

(...)

De maneira complementar às ações necessárias para dar cumprimentos aos apontamentos da CGU, o Instituto constituiu grupo de trabalho-GT com o objetivo de revisar os procedimentos de atendimento para concessão de benefícios por incapacidade. A criação deste grupo decorre da clara indicação de necessidade de revisão dos atos em vigor, visto o compromisso do Instituto em buscar de maneira permanente o aperfeiçoamento de suas atividades e consequente melhora na prestação de serviços ao cidadão.

(...)

De maneira subsidiária ao procedimento de supervisão às unidades, promoveu-se no Sistema Supervisão, módulos visando contemplar a avaliação dos pontos abordados pela auditoria efetuada e tabulação das informações prestadas. Em regra: entrega de senhas e formalização de processos.

(...)

Por fim, também, de maneira complementar às ações de cumprimento às recomendações exaradas a este Instituto, estabeleceu-se que os módulos construídos no Sistema Supervisão serão de caráter contínuo, não sendo utilizados apenas para verificação dos apontamentos ora apresentados.”

b) APS com número de salas inferior ao necessário em relação ao quantitativo de peritos

Identificação do universo de APS com inadequações

“1 – Realização de videoconferências com as SR para Construção do Plano;

2 – Reunião presencial com as SR para alinhamento do tema;

3 – Inclusão no Plano de Ação da DIROFL/DIVOFL 2014 de elaboração de plano de obras visando contemplar a necessidade de adequação dos quantitativos de salas para o Universo de APS do INSS; (...)”

Elaboração de plano permanente e periódico de adequação

“1 – Realização de videoconferências com as SR para elaboração de plano permanente de suporte a ação de PM;

2 – Reunião presencial com os representantes das SR para tratar o tema;

3 – Finalização dos Pregões, por registro de preço, para equipamentos e mobiliário para as Salas de Perícia Médica. Encontram-se ativo 12 ARP voltadas para este fim, dependendo de ampliação de limite orçamentário para aquisição;

4 – Inclusão desta ação no Plano de Ação da DIROFL/DIVOFL 2014 pactuados com todas SR”

c) APS com equipamentos/mobiliários inexistentes ou que não estejam em boas condições de uso

Identificação do universo de APS com inadequações

“1 - Videoconferência com as SR;

2 – Identificação das necessidades de equipamentos e mobiliário por SR/GEX/APS;

3 – Encaminhamento das demandas levantadas para realização de registro de preço por SR (pólos).

4 – Pregão Nacional – n.º 11, 12 e 13/2013

5 – Pregões Regionais: SRI: Pregão 13/2013; SRII: Processo 35113.000196/2013-72 e IRO 01/2014; SRIII: Pregão 02/2013; SRIV: Pregões 03 e 06/2014; SRV: Processo aberto em 07/07/2014”

Elaboração de plano permanente e periódico de adequação

“1 – Realização de videoconferências com as SR para elaboração de plano permanente de suporte a ação de PM;

2 – Reunião presencial com os representantes das SR para tratar o tema;

3 – Finalização dos Pregões, por registro de preço, para equipamentos e mobiliário para as Salas de Perícia Médica. Encontram-se ativo 12 ARP voltadas para este fim, dependendo de ampliação de limite orçamentário para aquisição;

4 – Inclusão desta ação no Plano de Ação da DIROFL/DIVOFL 2014 pactuados com todas SR.”

d) Descumprimento da agenda de perícias médicas

“Criada ferramenta de gestão para cruzamento do horário de agendamento da primeira perícia, com o registro de entrada no SISREF, do respectivo servidor.

Disponibilizada aos Gerentes de Agência, Gerentes Executivos e Superintendentes Regionais, nos respectivos níveis de abrangência. Memorando Circular Conjunto n.º 08/DGP/DIRSAT/INSS, de 10/07/2014.

Em ação anterior, foi expedido Memorando n.º 3/DIRSAT/INSS, de 25/03/2014, (anexo) ratificando a importância do fiel cumprimento do horário de início de atendimento da agenda do SABI.”

e) Falta de controle das atividades complementares (extra-agenda) da perícia médica

“Elaborada Nota Técnica para edição de Resolução do Presidente oficializando a criação do SisCamp/SRMP”

“1-Sistema de Controle de Atividades Médico periciais /SisCamp desenvolvido pela Gerência Executiva de Santos a ser implantado em âmbito nacional com mudança da nomenclatura para Sistema de Registro Médico Pericial/SRMP.

2-Vídeoconferência com SST/Gerência Executiva de Santos realizada em 07/07/2014 para estruturação do processo de implantação.

3-Vídeoconferência com os Representantes Técnicos da Perícia Médica das Superintendências Regionais a ser realizada em 15 /07/2014 para orientações quanto ao cadastramento no sistema.

4-Publicação de normativa até 18/07/2014 determinando a utilização do sistema, tornando obrigatório o registro das atividades extra-agenda de todos os peritos médicos.”

f) Falta de qualidade dos Laudos Periciais Médicos – LPM

“1-Atualização do item “Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao Uso de Substância Psicoativa(F10 a F19)” do Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade, volume II, Diretrizes de Apoio à Decisão Médico Pericial em Psiquiatria em 18/11/13.

2-Publicação do Manual Técnico de Procedimentos de Avaliação Médico Pericial das Funções da Visão – Resolução 396/Pres/INSS de 18/03/2014.

3-Publicação das Diretrizes de Apoio à Decisão Médica Pericial em Clínica Médica - Volume III- Parte II do Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade (HIV /AIDS, Tuberculose e Hanseníase) em 05/06/2014.

4-QUALITEC revisado e consolidado em 20/05/2014. Deverá ser formatado como tabela e publicado através de Despacho Decisório, alterando o atualmente existente no Manual de Gestão do SST.

5-Revisão do Manual Técnico de Perícia Médica: iniciada em 20/05/2014 com Grupo de Trabalho composto pelos Representantes Técnicos da Perícia Médica das Superintendências Regionais.

(...)

1-Capacitação dos Peritos Médicos em Aposentadoria Especial para as pessoas com deficiência. Realizada no período de dezembro de 2013 a março de 2014.

2-Publicação do Memorando Circular DIRSAT/INSS nº 07, em 07/11/13, revogando o item 05 do Memorando Circular DIRSAT/INSS nº 01, de 06/07/12 que suspendia a previsão de Reuniões Técnicas nas Gerências Executivas.

3-Elaborada proposta de Programa de Formação em Saúde do Trabalhador constando de 6 módulos distribuídos em 48 meses, iniciando no 2º semestre de 2014(em discussão com o CFAI).”

Questionada, ainda, por meio da Solicitação de Auditoria – SA nº 201406276-09, de 14.5.2014, sobre a não implementação, em nível nacional, do SIBE-BI, bem como acerca de providências adotadas e cronograma de implementação, a unidade se manifestou por meio do Ofício nº 381/GABPRE/INSS, de 6.6.2014, conforme segue.

“A implantação do módulo BI do sistema SIBE, é pauta prioritária no Comitê Gestor de Implantação dos Sistemas do Novo Modelo de Gestão, instituído pela Portaria Conjunta nº 1/INSS/DATAPREV, de 24 de janeiro de 2012.

É atribuição do referido Comitê deliberar sobre a evolução do desenvolvimento dos sistemas do Novo Modelo de Gestão, com vistas a identificar o melhor momento para a efetiva implantação dos mesmos nas unidades de atendimento. Portanto, como responsável pelo gerenciamento de todas as ações necessárias à implantação dos novos aplicativos, o Comitê acompanhou o processo de homologação e identificou a existência de questões que impactavam na análise conclusiva quanto a possibilidade de utilização do sistema de forma ampla nas Agências da Previdência Social - APS, tais como a instabilidade do ambiente de homologação e dificuldades em realizar simulações devido a massa de testes inconsistente/insuficiente, produção, necessidade de migração para os atuais sistemas e o impacto negativo no tempo de atendimento aos segurados.

Diante das dificuldades apontadas e considerando a urgência em efetivamente verificar se o módulo BI estava em conformidade com o processo de atendimento, ao constatar que os módulos desenvolvidos já permitiam a utilização do sistema contemplando, também, as questões de segurança, o Comitê Gestor deliberou, em novembro de 2013, favorável à utilização do SIBE, módulo de Benefício por Incapacidade, em três agências piloto.

A proposta inicial era implantar uma APS piloto em cada Superintendência e, somente após a avaliação final dessas unidades, definir a estratégia de expansão nacional, caso constatada a efetiva homologação do SIBE-BI, considerando-se as funcionalidades da ferramenta e fluxo de atendimento.

Inicialmente cabe ressaltar que o projeto piloto nas APS Araraquara, Sobradinho e Américo Brasiliense não versou propriamente ao que comumente atribuímos como piloto teste de sistema homologado e pronto para implantação. Mas sim, teve como principal objetivo verificar o comportamento do aplicativo, considerando-se o estágio de desenvolvimento em que o mesmo se

encontrava, as rotinas do SIBE-BI em relação a sua utilização num contexto de agência e a integração da aplicação com outros sistemas. Nesse sentido, mais que um piloto, a implantação do SIBE nas três APS significou uma homologação em produção da ferramenta.

Destaca-se que o objetivo inicial pode ser declarado como alcançado, ou seja, verificou-se o comportamento dos módulos colocados a teste, tanto em relação ao comportamento do sistema propriamente dito, como a utilização pelos servidores. Assim, embora em ambiente de testes tivessem sido homologadas diversas funcionalidades, no ambiente de operação real foi possível concluir que o sistema não poderia ser considerado plenamente homologado, haja vista que a utilização em produção demonstrou que a entrada do requerimento necessitava ainda de seleção manual para identificação da elegibilidade do requerimento do segurado no SIBE, face pendências de entregas do CNIS e ajustes necessários identificados.

Mesmo ocorrendo essa seleção manual algumas situações obrigaram o cancelamento do requerimento no SIBE e transferência do procedimento para o sistema legado - SABI por identificar travas que impediram a conclusão do processo. Em resumo, constatou-se que a expansão da ferramenta exige, necessariamente, a implementação de novas funcionalidades que visam permitir a conclusão do processo de reconhecimento de direito, procedimento esse que não contempla somente o reconhecimento inicial, mas também os módulos de Atualização, Revisão, Pedido de Prorrogação, Pedido de Reconsideração e Recursos. Finalmente, identificou-se que para melhor gerenciar o acesso aos sistemas, haverá a necessidade de migração do sistema de autenticação atual, o Sistema de Autorização de Acesso SAA, para GERID, Gerenciamento de Identidades, pois o SAA não comporta toda a demanda do SIBE e CNIS. Esta ação implica em criar novos perfis de acesso do SIBE para o ambiente do GERID e atribuir acesso a todos os usuários internos e externos.

Por oportuno, cabe salientar que uma questão basilar para a implantação do sistema é o desenvolvimento do módulo de Pedido de Reconsideração - PR, inicialmente não previsto. No entanto, a Diretoria de Saúde do Trabalhador, não obteve êxito quanto à proposta de alteração da Portaria MPS nº 359, de 31 de agosto de 2006, referente à exclusão do item II, §1º do art. 1º, Pedido de Reconsideração - PR. Em síntese, a Secretaria de Políticas da Previdência Social, através da Nota nº 252/2012, emitida pela Coordenação Geral de Legislação e Normas, manifestou-se contrária à extinção do PR. Dessa forma, foi necessário definir nova demanda para implementar esse procedimento.

Com relação ao fluxo de atendimento, outras situações preocupantes também foram verificadas, como o alto tempo depreendido no preenchimento do sistema, considerando o número excessivo de campos e telas, gerando uma necessidade de rever as questões de usabilidade do software.

Certo é que após as discussões em âmbito de gerentes de projeto, foram identificadas claras necessidades de ajustes antes que possamos retornar a um processo de implantação de piloto - de acordo com a definição ideal - e consequente expansão para as demais unidades do Instituto. (...)

Os pilotos de Benefício por Incapacidade foram iniciados em 02/12/2013 nas APS Araraquara/SP e Sobradinho/DF. Em 27/01/14 a APS Américo Brasiliense/SP iniciou o piloto. Cabe destacar que o atendimento no SIBE BI nestas agencias foi implantado com filtros que selecionam tipos de segurados e situações seguras para serem atendidas no SIBE. Do total de 6452 requerimentos, 539 segurados (8,35%) foram encaminhados para perícia no SIBE 81 e mesmo assim 10,2% da demanda já selecionada retornou ao SABI. Conforme já mencionado, nem todos os benefícios por incapacidade requeridos nessas unidades foram atendidos utilizando-se o SIBE BI, conforme tabela abaixo:

APS	Período	Demanda Total de requerimentos de BI	Requerimentos realizados no SIBE	Requerimentos SIBE retornados ao SABI
Araraquara	02/12/2013 a 26/05/2014	4218	265	32



Sobradinho	02/12/2013 a 26/05/2014	1555	130	11
Américo Brasiliense	28/01/2013 a 26/05/2014	679	144	12

No período de utilização do SIBE-BI nas APS pilotos, detectou-se a necessidade de alguns ajustes tanto na questão de desempenho e estabilidade dos sistemas quanto no novo processo de trabalho por ele proposto. A substituição dos sistemas legados exige que as soluções a serem utilizadas tenham as condições necessárias para suportar os desafios propostos e para tanto restou clara a imediata necessidade de priorização da refatoração das telas, de melhoramento da infraestrutura, da finalização dos módulos de reconhecimento do direito (recurso, revisão, judicial, atualização), de forma a atender todo o fluxo do BPC e BI, evitando o retomo para os sistemas legados. Esta análise fomentou um processo de reavaliação dos sistemas sobre a viabilidade de ações para que estes passem a ter uma significativa evolução no seu ambiente operacional assim como na adequação do fluxo dos processos para priorizar a produtividade no processo de atendimento do INSS. (...)

Diante das constatações obtidas na realização dos pilotos, INSS e DATAPREV, após alinhamento estratégico dos seus gestores, definiram agenda de discussão entre as casas objetivando a construção de soluções para as questões da performance e das questões de regras de negócio. Durante a segunda e terceira semanas do mês de maio, realizou-se oficina com o propósito de traçar a condução dos próximos passos em relação ao desenvolvimento do CNIS e SIBE. Foram analisados os fatores impeditivos para a implantação nacional da atual versão do Portal, objetivando a definição de escopo para que uma nova versão seja implantável nacionalmente e entregue até o mês de novembro de 2014. Essa solução deverá priorizar a evolução do SIBE e consequentemente permitir a redução da utilização do sistema SABI. Deverá também contemplar mudanças estruturais, de usabilidade e de acessibilidade que melhorem a produtividade do atendimento no INSS.

Para atingir o objetivo proposto, optou-se por completar o processo de reconhecimento de direito referente ao SIBE- BPC/LOAS, concluindo-se os módulos necessários à substituição integral dos sistemas legados SABI e PRISMA para todos os processos de trabalho desta espécie de benefício, visto que os processos atuais de Atualização, Judicial, Revisão e Recursos são complexos e fazem com que o servidor utilize o PRISMA e SABI para realizá-los. No entanto, é importante destacar que esses processos são comuns à todas espécies de benefício, o que significa dizer que concluídos para o SIBE- BPC/LOAS, poderão ser utilizados também para o SIBE-BI.

Para viabilizar essas definições, ficou estabelecido junto à DATAPREV a entrega de duas versões do Portal CNIS-SIBE. A primeira versão, cuja entrega para homologação está prevista para 30 de julho contempla a implantação do Sistema de Gerenciamento de Identidades - GERID, em substituição ao Sistema de Autorização de Acesso - SAA, a implantação de melhorias de usabilidade no CNIS PF e SIBE, a implementação de ações estruturantes para estabilização e a adoção de novas tecnologias (framework e servidor de aplicação).

A segunda versão, a ser disponibilizada para homologação em 17 de novembro prevê o SIBE-BPC/LOAS disponibilizado de forma a permitir a substituição integral dos sistemas legados SABI e PRISMA para todos os seus processos exceto o tratamento da Ação Civil Pública (ACP).

Para tanto, INSS e DATAPREV já têm definida a agenda de especificação desses produtos, no período de 09 a 27/06/2014 para viabilizar a entrega nas datas compromissadas.

Em paralelo, considerando o definido na busca de soluções conjunta CGU e INSS, realizada em função dos levantamentos realizados em conjunto com a Auditoria-Geral do INSS, a respeito das rotinas de atendimento de benefícios por incapacidade nas Agências da Previdência Social, o INSS constituiu Grupo de Trabalho, através da Portaria nº 575/PRES/INSS, de 23 de maio de 2014, para revisar procedimentos de atendimento para concessão de benefícios por incapacidade. As



adequações desse fluxo são imprescindíveis para garantir que o processo de implantação dos novos sistemas atenda as premissas da melhoria da qualidade dos serviços, maior segurança nos processos de trabalho e aumento da resolutividade no atendimento. (...)

O INSS está conduzindo um processo de modernização de seus sistemas nos últimos anos para promover um novo modelo de processos e fluxo de trabalho. Dentro desse processo de modernização alguns sistemas já foram implantados e outros estão em fase de implantação. Esse cenário de transição traz consigo um risco operacional decorrente da convivência de diferentes tecnologias e sistemas. Além disso, impõe uma constante avaliação da efetividade dos novos processos no atendimento de suas premissas. No que se refere aos avanços tecnológicos, verificou-se que a proposta de melhoria é possível e bastante oportuna para garantir um patamar de estabilidade e usabilidade superior ao verificado atualmente. Esta evolução proporciona um ganho qualitativo nos sistemas para promover o aperfeiçoamento nos processos de trabalho visando maior produtividade frente àquela verificada nas implantações realizadas até o momento.

Todavia, o impacto do ajuste proposto no planejamento inicial é significativo e, portanto, exige do INSS e Dataprev uma reavaliação das estratégias de trabalho, visando coordenar os desafios de cumprir a meta de melhoria dos novos sistemas e processos e ainda impulsionar o processo de implantação destes sistemas com um patamar de confiança superior ao verificado nos últimos anos.

Assim, nesse momento, a apresentação de um cronograma de implantação do SIBE-BI funcional depende, necessariamente, de subsídios a serem obtidos nas especificações a serem concluídas no período de 09 a 27 de junho, conforme mencionado.”

Conforme citado anteriormente, em decorrência da Reunião de Busca Conjunta de Soluções, realizada em 11.7.2014, a unidade, por meio do Ofício nº 484/GABPRE/INSS, de 15.7.2014 encaminhou informações adicionais, dentre as quais, em relação ao SIBE, por complementar as informações disponibilizadas em manifestações anteriores, destacamos as seguintes.

“A estratégia de desenvolvimento do SIBE tem sido norteada pela motivação de implantar grupos de espécies por fases do processo de reconhecimento. O primeiro grupo implantado foi o requerimento inicial dos Benefícios de Prestação Continuada – BPC. O segundo grupo de espécies que está previsto para implantação é o de Benefícios por Incapacidade, que engloba as espécies de auxílio-doença previdenciário e por acidente de trabalho, aposentadoria por invalidez previdenciária e por acidente de trabalho, auxílio-acidente e auxílio-acidente previdenciário. O piloto do SIBE-BI foi iniciado em 15/08/2012 na APS de Araraquara, mas foi suspenso poucos meses depois devido a problemas no sistema, sendo retomado em 02/12/2013 na mesma APS Araraquara e APS Sobradinho e em 28/01/2014 e APS Américo Brasiliense. Os resultados desses pilotos demonstraram que o impacto operacional com a implantação do SIBE-BI seria muito alto, já que o novo sistema apresentava um fluxo de telas longo e complexo devido à necessidade de desenvolvimento voltado à acessibilidade em detrimento da usabilidade. Os pilotos do SIBE-BI e a própria operacionalização do BPC, já em produção, reforçaram a dificuldade operacional do sistema devido à grande quantidade de telas, além da necessidade de melhorias na infraestrutura, inclusive com relação à integração com o Portal CNIS, seu maior fornecedor de informações, que até então estava sendo desenvolvido em uma plataforma diferente – servidor de aplicação - daquela utilizada no SIBE. Os pilotos evidenciaram que apesar do requerimento inicial ser o maior quantitativo da demanda do sistema, outras etapas necessitam de desenvolvimento para propiciar a adequada operacionalização do sistema e permitir a efetiva implantação nas APS. Exemplos disso são os módulos de atualização de benefícios, recurso, revisão, demandas judiciais, reconhecimento de direitos, créditos de benefícios e outras etapas menores, mas não menos importantes. Diante do novo cenário, no início do mês de maio de 2014, o INSS e a Dataprev se reuniram para tratar das definições estratégicas dos Sistemas CNIS e SIBE. Ficou decidido que os sistemas seriam tratados de forma conjunta, sendo denotados, a partir de então, de Portal CNIS-

SIBE. Foram avaliadas todas as demandas já elencadas como necessárias para incluir melhorias nos sistemas e priorizadas para atendimento em duas grandes versões para homologação em 2014, uma no final de julho e outra em meados de dezembro. Além disso, ficou definido que a estratégia de implementação do SIBE será norteadada pela implantação de grupos de espécie, contemplando todo o processo de trabalho.

Em linhas gerais as versões de julho e novembro de 2014 do Portal CNIS-SIBE trarão melhorias na usabilidade, tornando os sistemas mais ágeis de serem operados, além de maior estabilidade com adoção de plataformas iguais para os dois sistemas. Aliado a isso foram revistos diversos processos dentro dos sistemas, utilizando componentes mais modernos que fazem uso de tecnologias assíncronas de processamento para melhorar o desempenho do sistema, impactando diretamente o fluxo operacional dentro das unidades do INSS.

A especificação das citadas alterações nos sistemas ocorreu de 09/06/2014 a 04/07/2014. Todas as propostas tiveram sua viabilidade técnica e de prazo acordada entre o INSS e Dataprev, de modo que aquilo que ficou definido foi entendido como cabível no planejamento das versões e possível de ser entregue no prazo estabelecido, para evitar atrasos decorrentes de ruídos no entendimento das demandas.

Paralelamente ao acompanhamento do planejamento macro, ficou definido com a Dataprev que os projetos serão acompanhados em visitas periódicas do INSS às unidades de desenvolvimento para verificar se os entendimentos das reuniões de especificação estão sendo mantidos nas implementações e evitar que a necessidade de alterações por entendimentos errôneos seja identificada apenas no momento da homologação, prevenindo atrasos e retrabalho. Além disso ficou definido que haveriam reuniões de planejamento de homologação e implantação de cada versão para acordar a melhor forma de entregar as alterações dos sistemas às unidades, seja de forma gradual e regionalizada ou integral, a depender na natureza das implementações.”

Análise do Controle Interno

No tocante aos fatos diretamente relacionados aos benefícios por incapacidade, as manifestações dos gestores da DIRSAT, DIRAT, DIROFL, DIRBEN e DGP confirmam os fatos apontados, e informam providências adotadas ou a adotar por cada área, conforme acordado em reunião de busca conjunta de soluções realizada em 19.3.2014.

Destaque-se, novamente, que muitas das fragilidades que ensejaram os fatos apontados serão mitigadas com a implantação do SIBE-BI, especificamente sobre o tema da implementação do sistema em nível nacional, o instituto afirmou que no processo de homologação foi identificada a existência de questões que impactavam na análise conclusiva quanto à possibilidade de utilização do sistema de forma ampla nas APS.

Desta forma, o Comitê Gestor de Implantação dos Sistemas do NMG teria deliberado, em novembro de 2013, pela utilização do SIBE, módulo de Benefício por Incapacidade, em três agências piloto, com o intuito de realizar o que denominou de “*efetiva homologação*” ou “*homologação em produção*”, tais pilotos teriam sido realizados entre dez/2013 e mai/2014.

Sobre os resultados dos pilotos, o INSS informou que a realização dos pilotos demonstrou a inviabilidade da implantação do SIBE-BI. Conforme justificativa apresentada o “*impacto operacional com a implantação do SIBE-BI seria muito alto, já que o novo sistema apresentava um fluxo de telas longo e complexo devido à*

necessidade de desenvolvimento voltado à acessibilidade em detrimento da usabilidade. Os pilotos do SIBE-BI e a própria operacionalização do BPC, já em produção, reforçaram a dificuldade operacional do sistema devido à grande quantidade de telas, além da necessidade de melhorias na infraestrutura, inclusive com relação à integração com o Portal CNIS”.

Assim, os resultados dos pilotos teriam, no início do mês de maio de 2014, fomentado uma agenda de discussão envolvendo o INSS e a Dataprev sobre sistemas SIBE e CNIS, na qual ficou decidido que os sistemas seriam tratados de forma conjunta, sendo denotados, a partir de então, de Portal CNIS-SIBE.

Além disso, conforme informado, foram “*avaliadas todas as demandas já elencadas como necessárias para incluir melhorias nos sistemas e priorizadas para atendimento em duas grandes versões para homologação em 2014, uma no final de julho e outra em meados de dezembro*”.

O INSS registrou ainda que, em linhas gerais, as versões de julho e novembro de 2014 do Portal CNIS-SIBE trarão melhorias na usabilidade, maior estabilidade, melhoria no desempenho do sistema, impactando diretamente o fluxo operacional dentro das unidades do INSS.

Merece destaque a informação de que todas as propostas de alteração “*tiveram sua viabilidade técnica e de prazo acordada entre o INSS e Dataprev, de modo que aquilo que ficou definido foi entendido como cabível no planejamento das versões e possível de ser entregue no prazo estabelecido, para evitar atrasos decorrentes de ruídos no entendimento das demandas*”.

Cabe registrar que, acerca das informações prestadas sobre as ações relacionadas ao Portal CNIS-SIBE, não foram disponibilizados documentos que evidenciassem o acompanhamento do processo de homologação do SIBE-BI pelo Comitê Gestor de Implantação dos Sistemas do NMG, os resultados dos pilotos realizados, a especificação das alterações nos sistemas e as tratativas feitas entre o INSS e a Dataprev.

Sobre o estabelecimento de um cronograma para a implantação nacional do Portal CNIS-SIBE, foi considerado inicialmente que esse dependeria, “*necessariamente, de subsídios a serem obtidos nas especificações a serem concluídas no período de 09 a 27 de junho*”; registre-se, porém, que o referido cronograma ainda não foi disponibilizado.

Dessa forma, com base na documentação e justificativas encaminhadas, verificou-se que, diante dos fatos constatados e em atendimento às recomendações desta CGU, os gestores do INSS adotaram um conjunto de medidas no sentido de sanar, de maneira estruturante, os elementos causadores das inadequações identificadas.

Contudo, a despeito das providências implementadas, identifica-se, ainda, oportunidades de melhorias do processo gerencial relacionado à concessão manutenção e pagamento de auxílio-doença, explicitadas nas recomendações a seguir apresentadas, algumas já em fase de implantação, cujos prazos foram devidamente acordados em reuniões de busca conjunta de soluções.

Além disso, registre-se que, com base nos fatos descritos, restou caracterizado grande atraso na implementação do Portal CNIS-SIBE, causando forte efeito negativo sobre a atividade operacional do INSS. O contexto apresentado indica possível existência de prejuízos financeiros, na medida em que recursos adicionais terão de ser dispendidos para a realização de alterações no sistema entregue e homologado.

Assim, após a reunião de busca conjunta de soluções, realizada em 11.7.2014, os gestores do INSS deram início à execução de procedimento no sentido de assegurar-se da não existência de elementos indicadores da ocorrência concreta de prejuízo (materialidade) e de indícios de autoria, com previsão de conclusão até dez/2014, e, caso os referidos elementos venham a ser identificados, comprometeram-se a adotar as medidas cabíveis para apuração de responsabilidades.

Recomendações:

Recomendação 1: Realizar estudos de viabilidade da implantação de uma sistemática de identificação biométrica dos segurados (e servidores) da Previdência Social de forma a coibir ações fraudulentas e a implantação de recursos tecnológicos hábeis a identificar e individualizar, com precisão, os verdadeiros beneficiários. (Prazo: 31.12.2014)

Recomendação 2: Realizar estudos visando identificar, do universo de APS não fiscalizadas, quais aquelas com número de salas inferior ao necessário, considerando o quantitativo de peritos que atendem regularmente nessas agências, por turno. (Prazo: 31.12.2014)

Recomendação 3: Elaborar plano permanente e periódico de adequação da infraestrutura das agências para a realização de perícias, especificamente em relação à quantidade de salas de perícia médica, a partir dos resultados obtidos com a fiscalização realizada e os levantamentos a serem efetivados. (Prazo: 31.12.2014)

Recomendação 4: Elaborar plano permanente e periódico de adequação da infraestrutura das agências para a realização de perícias, especificamente em relação às condições físicas das salas de perícia e aos seus equipamentos e mobiliário, a partir dos resultados obtidos com a fiscalização realizada e os levantamentos a serem efetivados. (Prazo: 31.12.2014)

Recomendação 5: Implementar instrumentos de controle visando avaliar periodicamente a regularidade da acumulação de cargos ou empregos por servidores da autarquia, considerando os registros de vínculos de trabalho existentes em sistemas estruturantes, como SIAPE e CNES. (Prazo: 31.12.2014)

Recomendação 6: Implementar instrumentos de controle visando ao registro e acompanhamento das atividades complementares à agenda de perícias médicas, contemplando inclusive a disponibilização de informações gerenciais a partir de aplicativos informatizados. (Prazo: 31.12.2014)

Recomendação 7: Revisar e atualizar as diretrizes relacionadas à atividade de perícia médica, incluindo o Qualitec. (Prazo: 31.12.2014)

Recomendação 8: Estabelecer um cronograma detalhado de implantação do Portal CNIS-SIBE, contemplando, inclusive, responsáveis e eventuais priorizações de regiões

geográficas, com o compromisso de cumprimento de tal instrumento pela Dataprev, e monitorar sua execução. (Prazo: 31.12.2014)

1.1.1.2 CONSTATAÇÃO

PAGAMENTO INDEVIDO DE BENEFÍCIOS

Fato

A despeito do INSS manter, sem ocorrências significativas de problemas, o pagamento mensal de cerca de 30 milhões de benefícios, trabalhos auditoriais realizados pela CGU revelam a existência de gargalos que impactam negativamente na execução das ações de pagamentos de benefícios previdenciários.

Por meio de auditorias de dados, foram constatados indícios de irregularidades em cerca de 205 mil benefícios entre 2002 e 2010, tendo sido apontada como uma das causas para as referidas ocorrências a existência de fragilidades nos sistemas corporativos da Previdência Social. Em razão das recomendações propostas por esta CGU, foram adotadas as seguintes medidas de gestão:

- Institucionalização, por meio de elaboração de termos de compromissos firmados com os gerentes das APS, de prazo para conclusão dos trabalhos referentes à análise dos apontamentos realizados pela CGU. O cronograma foi definido com previsão de conclusão dos trabalhos em 31.12.2012;
- Implementação de rotina mensal de cruzamento de dados entre os sistemas de registro de óbitos (SIM e SISOB) e a folha de pagamento de benefícios (Maciça), visando depurar inconsistências referentes à continuidade no pagamento a pessoas falecidas;
- Aprimoramento dos mecanismos internos de controle, com a criação de uma unidade específica com atribuições voltadas para o monitoramento e acompanhamento das demandas referentes a inconsistências na concessão, manutenção e pagamento de benefícios;
- Elaboração de um indicador de desempenho específico para mensurar a resolutividade das demandas dos órgãos de controle externo e interno; e
- Programação de implementação do Sistema Integrado de Benefícios – SIBE, que integrará sistemas atualmente utilizados no INSS, trazendo avanços nos recursos de tecnologia da informação utilizados no âmbito da autarquia.

Verificou-se que foram analisados pelo instituto 205.520 casos, ou 99,86% dos 205.814 registros com indícios de irregularidade encaminhados pela CGU à autarquia, relativos aos trabalhos de auditoria de dados referentes ao período 2002-2010. O resultado da análise confirmou irregularidades em 57.127 casos (27,8% dos casos analisados).

Cabe ressaltar as providências adotadas pelo INSS para a recuperação dos valores pagos indevidamente. Além da cessação de mais de 47 mil benefícios irregulares, o que representa uma economia anual estimada em R\$ 757 milhões, foram recuperados, ou estão em fase de recuperação, por parcelamento ou consignação, mais de R\$ 245 milhões, e estão em fase de cobrança administrativa ou judicial mais de R\$ 817 milhões. Foi ainda considerado de difícil recuperação um total de R\$ 132 milhões,

relativo a casos de débitos prescritos, inexistência de bens a inventariar, débitos cancelados por decisão judicial ou recursal, ou a casos arquivados por determinação da Procuradoria Federal Especializada – PFE.

Contudo, a despeito das ações adotadas pela Entidade, em trabalhos recentemente realizados pela CGU, ainda foram identificadas situações inadequadas, tais como, ocorrência de pagamentos indevidos de benefícios e de falhas no processo de cobrança administrativa.

No exercício de 2013 a CGU realizou novos trabalhos de auditoria de dados, tendo constatado novos casos de indícios de irregularidades em cerca de 26,5 mil benefícios – dos quais, em mai/2014, haviam sido cessados 59,4%, enquanto 4,9% permaneciam ativos por decisão judicial ou recursal, e os demais (35,7%, ou 15,8 mil benefícios) encontravam-se sob análise para apuração e cobrança administrativa. Ainda, entre os benefícios cessados há cerca de 7 mil para os quais existe a possibilidade de ter havido pagamento indevido, razão pela qual tais benefícios também encontram-se sob análise do instituto.

Tal fato evidencia a necessidade de conclusão das medidas ainda pendentes para melhoria da qualidade e eficiência do INSS, em especial, as relacionadas aos seus sistemas corporativos, medidas essas já apontadas por esta CGU em exercícios passados, desde o ano de 2002.

Dentre as referidas medidas merece destaque o projeto SIBE. O SIBE, que substituirá os sistemas hoje utilizados para o reconhecimento de direitos, encontra-se atualmente com o módulo referente a Benefícios de Prestação Continuada / Lei Orgânica da Assistência Social – BPC/LOAS implementado. Os módulos restantes, entre os quais os de Benefícios por Incapacidade – BI, Aposentadoria por Idade e Monitor, apesar da previsão de conclusão a partir de 2008, não foram implementados em razão de inconsistências e atrasos no processo de desenvolvimento do sistema, de falhas nos processos de homologação, bem como na realização das implantações piloto.

De modo semelhante, algumas fragilidades que oportunizaram o pagamento irregular de benefícios cujos titulares possuem registro de óbito somente serão mitigadas com a implantação do Sistema Nacional de Informações de Registro Civil – SIRC. Ocorre que a efetiva implantação do SIRC nos cartórios encontrava-se pendente desde 2012, devido à falta de ato normativo de instituição desse sistema e do seu respectivo comitê gestor. Esta lacuna foi fechada com a edição do Decreto nº 8.270, de 26.6.2014.

Em suma, constatou-se que as falhas identificadas afetam negativamente a qualidade do atendimento ao segurado da Previdência Social, resultando, muitas vezes, em prejuízos ao INSS, decorrentes da concessão e pagamento indevido de benefícios. Ainda, o grande atraso na implementação dos sistemas SIBE e SIRC vem causando forte efeito negativo sobre a atividade operacional do INSS.

Causa

Conforme apresentado em item anterior do presente relatório, as causas para o grande atraso na implementação do SIBE estão relacionadas principalmente a deficiências na gestão do Plano de Implantação do Plano de Implantação do Novo Modelo de Gestão do INSS – PINMG, aprovado em 2004 pela Resolução nº 8 do Comitê de Gestão Estratégica da Previdência Social – CGEPS, tendo, também, estreita relação com deficiências na gestão dos projetos e dos contratos celebrados com a Dataprev para o desenvolvimento de sistemas, principalmente no tocante à gestão de demandas.

Os fatos têm relação com várias áreas do instituto, cada qual com suas responsabilidades sobre parte do processo, destacando-se as seguintes:

- Diretoria de Benefícios – DIRBEN;
- Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT;
- Diretoria de Atendimento – DIRAT;
- Coordenação-Geral de Tecnologia da Informação – CGTI.

Manifestação da Unidade Examinada

Sobre os cerca de 26,5 mil novos casos de benefícios com indícios de irregularidades levantados em 2013, bem como acerca de providências adotadas e cronograma de implementação, a unidade se manifestou por meio dos Ofícios nº 395 e 396/GABPRE/INSS, de 11.6.2014, conforme segue.

“2. Preliminarmente, informamos que os registros de óbito do SISOBI são confrontados com os benefícios mantidos, periodicamente, portanto existe a possibilidade de um registro de óbito estar no SISOBI, porém ainda não ter migrado para o SUB.

3. Como relação à base de dados do SIM, esclarecemos que os dados são encaminhados a este Instituto periodicamente, e foi observado que entre uma remessa e outra são acrescentados óbitos que não estavam nas entregas anteriores (...).

5. A conclusão a que se chega é que a base de dados do SIM é alimentada com certa defasagem, portanto, existe a possibilidade de registros de óbitos somente constarem nos relatórios encaminhados a este Instituto depois de meses/anos do seu registro. (...)

6.2. (...) restaram 16.305 benefícios que apresentam, conforme consultas realizadas no SUIBE, as seguintes situações: a) 11.409 benefícios cessados ou suspensos (...) 4.896 benefícios para análise (...)

6.3. Dos benefícios cessados ou suspensos, levando-se em consideração a data do óbito e a data da última maciça, existe a possibilidade de ter havido recebimento indevido em 7.087 benefícios, que foram cadastrados no sistema CMOBEN para que as (...) APS e Gerências-Executivas promovam a apuração para identificar o recebedor e realizar a cobrança administrativa.

6.4. Os 4.896 benefícios ativos foram cadastrados no Sistema Monitor Módulo Operacional para que as APS e Gerências-Executivas realizem as devidas apurações. (...)

7.2. (...) foram revisados os critérios de batimentos existentes entre os sistemas SISOBI e SUB, de forma a identificar de maneira mais específica os benefícios. Essa revisão já foi devidamente implementada na rotina. Entretanto, o (...) SIRC foi desenhado com o propósito de melhorar a

qualidade dos dados captados em relação aos atuais dados inseridos diretamente no SISOBI. O aprimoramento da qualificação dos dados será essencial para correção de falhas quando do batimento entre as bases. (...)

7.4. (...) o Subcomitê III do Comitê Gestor Nacional – CGN para erradicação do sub-registro civil de nascimento e ampliação do acesso a documentação civil básica da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República em conjunto com este Instituto deliberou pelo desenvolvimento do SIRC e não possibilidade de novas implementações em um sistema que será desativado. (...)

7.5. (...) os dados de óbitos enviados pelos cartórios são confrontados com os benefícios em manutenção (Maciça) e alimenta o (...) CNIS. Quando da concessão do benefício os Sistemas de Benefícios (SABI, PRISMA e SIBE) verificam se existe informação de óbito para o NIT do titular, caso positivo o sistema impede a concessão, retornando com a crítica ‘Existe óbito para o titular’.

7.5.1. Com relação às informações do SIM, não existe rotina sistemática por parte do Ministério da Saúde para envio das informações a este Instituto por meio eletrônico, atualmente são recebidas as informações em mídia CD, confrontados os dados da mídia com a Maciça de forma manual e sendo identificado benefício, este é suspenso, ficando consignado, somente o SUB.

7.5.2. No entanto, se houver requerimento de benefício para os titulares dos benefícios suspensos com base nas informações do SIM, o sistema de benefício acusa duplicidade e não permite conceder o novo benefício. Este Instituto já solicitou ao MS uma rotina automática do recebimento dessas informações e, segundo eles, estão em implementação.

7.5.3. Está sendo demandado à Dataprev a marcação dos benefícios, com código específico, suspenso ou cessado com base nos dados do SIM de forma que o sistema de benefício impeça a concessão, retornando com a crítica ‘Existe óbito para o titular’. Com o SIRC, o sistema de óbito estará integrado com o SIM, e tal situação não mais ocorrerá.”

“5. Com relação aos achados mencionados no Relatório nº 201315213 (...) verifica-se a necessidade de análise dos indícios de irregularidades apontados em 4.576 benefícios (...)

6. Os 4.576 benefícios foram cadastrados no Sistema Monitor – Módulo Operacional para que as Agências da Previdência Social e Gerências-Executivas realizem as devidas apurações. (...)

8.2. (...) encontra-se em desenvolvimento o novo sistema de folha de pagamentos de benefícios deste Instituto. O cruzamento cadastral para verificação de benefícios acumulados indevidamente está previsto para a segunda versão desta nova folha de pagamentos, quando será realizada a agregação de pagamentos de benefícios por CPF do titular. Nesta agregação, está prevista a marcação de benefícios incompatíveis para apuração de irregularidades. (...)

8.5. (...) encontra-se em andamento procedimento de qualificação das bases cadastrais deste Instituto, com realização de cruzamentos de dados cadastrais com as informações recebidas da rede bancária, censo previdenciário e (...) CNIS para a instituição da nova folha de pagamentos do INSS. Depois de concluído este trabalho e, restando ainda pendências, serão adotados procedimentos de convocação de segurados e/ou pesquisas externas para localização e correta identificação dos mesmos. (...)

8.7. (...) com a implantação do (...) SIBE, a informação por servidor diretamente no sistema de habilitação, concessão manutenção e atualização de benefícios não será mais possível, somente sendo possível tal alimentação através do CNIS, garantindo assim a padronização das informações incluídas no sistema, inclusive com a obrigatoriedade de informação dos campos básicos para análise do requerimento. Para os benefícios mantidos nos sistemas legados, encontra-se em andamento demandas para qualificação da base cadastral, tais como batimento com a base de CPF da Receita Federal do Brasil e formulação de carta de exigências aos segurados que não possuem

os dados cadastrais completos para que apresentem a documentação faltante junto ao INSS para regularização.”

Análise do Controle Interno

Com relação aos benefícios com indícios de irregularidades apontados nas auditorias de dados, foi concluída a análise, pelo INSS, de praticamente todos os casos levantados entre 2002 e 2010, tendo sido confirmadas irregularidades em 27,8% dos casos.

No que se refere aos casos levantados em 2013, foi informado que esses foram cadastrados no sistema CMOBEN para que as APS e Gerências-Executivas promovam as apurações e realizem a cobrança administrativa para os valores indevidamente pagos. No entanto, não foi encaminhada documentação que evidenciasse os prazos previstos para conclusão das citadas ações.

Cabe citar novamente que algumas das fragilidades que oportunizaram o pagamento irregular de benefícios cujos titulares possuem registro de óbito somente serão mitigadas com a implantação do SIRC.

Registre-se, ainda, que as justificativas apresentadas pelos gestores em boa medida reforçam o grande atraso na implementação do SIBE, e tal fato vem causando forte efeito negativo sobre a atividade operacional do INSS.

Vale destacar que as questões relacionadas à adoção de medidas com vistas à implantação do Portal CNIS-SIBE em nível nacional já foram tratadas no item anterior deste relatório.

Dessa forma, ressaltamos a necessidade de conceder celeridade ao processo de análise dos novos casos identificados, haja vista a identificação, a partir de análise preliminar feita pelo INSS, levando-se em consideração a data do óbito e a data da última maciça, de 7.087 casos com possibilidade de pagamento indevido e ainda a existência de 4.896 benefícios ativos.

Recomendações:

Recomendação 1: Estabelecer e implementar um cronograma detalhado de conclusão das análise dos 26,5 mil novos casos de benefícios com indícios de irregularidades levantados em 2013. (Prazo: 31.12.2014)

1.1.1.3 CONSTATAÇÃO

MOROSIDADE NA COBRANÇA ADMINISTRATIVA E ANÁLISE DE PROCESSOS PASSÍVEIS DE INSTAURAÇÃO DE TCE

Fato

Trabalhos auditoriais realizados pela CGU desde 2005 revelam a existência de persistentes gargalos nos processos gerenciais de cobrança administrativa e instauração de Tomada de Contas Especial – TCE.



No primeiro semestre de 2005, por ocasião da auditoria anual de contas relativas ao exercício de 2004, diante da demanda de processos de instauração de TCE existentes, verificou-se que o INSS não havia adotado ação administrativa voltada à apuração da responsabilidade por omissão ou irregularidade no dever de prestar contas ou por dano causado ao erário. À época, em virtude da ausência de informação sobre a instauração de procedimentos de TCE, verificaram-se algumas tratativas adotadas pelo órgão visando dotá-lo de estrutura administrativa para a realização dos trabalhos administrativos. Como parte da nova estrutura do INSS, foi instituída, pelos Decretos nº 5.255, nº 5.256 e nº 5.257, de 27.10.2004, a Divisão de Controle e Acompanhamento de Tomada de Contas Especial – DCATCE, vinculada à Coordenação-Geral de Orçamento Finanças e Contabilidade – CGOFC. Por meio da Portaria nº 1.154, de 9.5.2005, publicada no Diário Oficial da União nº 87, foi nomeada a nova Chefia de Divisão de Tomada de Contas Especial.

Foi verificado que o fato da autarquia não ter procedido à instauração de TCE no decorrer do exercício de 2004 deu-se principalmente pela falta de recursos humanos nas Gerências-Executivas com experiência na operacionalização e na formalização de processos de TCE, o que foi, segundo informações dos gestores do instituto, sanado com a implementação do projeto de treinamento aos membros da comissão de TCE.

À época, foi recomendado ao INSS que procedesse ao levantamento de processos com indicativos de TCE, para fins de saneamento das pendências e encaminhamento dos processos represados para as respectivas comissões responsáveis. Tal levantamento foi realizado pelo Grupo de Trabalho – GT constituído pela Portaria nº 3.784/INSS/PRES, de 24.8.2006. Este GT concluiu pela existência, à época, de um acervo de 10.879 processos passíveis de TCE e ainda na pendência de cobrança administrativa pelas Gerências-Executivas do INSS nos estados, com idade de acervo de mais de 10 anos.

Na sequência, novos trabalhos auditoriais realizados no primeiro semestre de 2007 apontaram um elevado índice de cobranças administrativas não concluídas, fato esse que demonstrava uma série de dificuldades operacionais persistentes envolvendo essa atividade dentro da autarquia. Concluiu-se que o fato demonstrava a ocorrência de intempestividade por parte do INSS na realização de atos visando à restituição, aos cofres públicos, de valores indevidos, conforme preceituava o parágrafo 1º do art. 1º da IN TCU nº 13/1996. Em razão disso, verificou-se a necessidade da criação de normativos internos que definissem prazos e funções de cada área no processo, bem como de sistemática de acompanhamento das TCE, de forma a dar celeridade ao processo.

Fatos semelhantes foram abordados em vários relatórios de auditoria desde 2005, podendo ser citados os de nºs 139816/2005, 175153/2006, 189534/2007, 218065/2008, 224735/2009 e 244083/2010, sempre apontando a insuficiência dos resultados obtidos em comparação com o universo de processos passíveis de instauração de TCE.

Conforme informado pela autarquia no Ofício nº 325/GABPRE/INSS, de 21.5.2014, dos 10.879 processos apontados em 2006 como passíveis de TCE e ainda pendentes de cobrança administrativa, então com idade de acervo de mais de 10 anos, 9.476 foram



cadastrados no Sistema de Controle do Monitoramento Operacional de Benefícios – CMOBEN, para análise e realização da cobrança administrativa, buscando o ressarcimento dos valores indevidamente recebidos por terceiros; destes, foi concluída a análise de 4.194 processos (44,3%).

Dos 4.194 processos cuja análise foi realizada, concluiu-se pela irregularidade em 2.843 (67,8% dos processos analisados), e pela regularidade de outros 1.060 (25,3%); os demais (291 processos; 6,9%) foram classificados como “não revisto por decisão judicial” (35), “não se trata de processo de benefício (176)” ou “outros – não informado” (80).

Com relação aos 2.843 processos irregulares, foram recuperados, por consignação, parcelamento ou quitação, R\$ 59,9 milhões, e estão em fase de recuperação (encaminhados para CADIN, comissão de TCE, PFE, SOFC, entre outros) mais R\$ 142,5 milhões; foi ainda considerado irrecuperável um total de R\$ 7,8 milhões, relativo a débitos prescritos, cancelados por decisão judicial ou recursal, casos arquivados por determinação da PFE, entre outras situações – totalizando R\$ 210,2 milhões.

Assim, verifica-se que, passados 8 anos do trabalho do GT que apontou a existência de um estoque de mais de 10 mil processos passíveis de instauração de TCE e pendentes de cobrança administrativa, então com idade de acervo de mais de 10 anos (ou seja, hoje com mais de 18 anos), mais de 55% deles ainda não teve sua análise concluída pelo INSS.

Desta forma, conclui-se que os problemas apontados por esta CGU nos últimos 10 anos, relativamente aos processos de cobrança administrativa e instauração de TCE, ainda hoje continuam impactando negativamente a gestão do instituto e gerando prejuízos, a exemplo dos R\$ 2,7 milhões relativos a débitos prescritos e, portanto, irrecuperáveis. Pode-se estimar em mais R\$ 3,4 milhões os débitos prescritos a serem apurados nos 5.277 processos pendentes de análise, e em R\$ 254,7 milhões os valores a serem recuperados.

Causa

No decorrer dos trabalhos de auditoria, não foi possível precisar as causas para a morosidade na realização dos processos de cobrança administrativa e análise de processos passíveis de instauração de TCE. Os fatores citados pelos gestores do instituto, quando questionados acerca do assunto, constituem-se no máximo em justificativas. Trabalhos auditoriais anteriores apontaram dificuldades operacionais estruturais relacionadas a sistemas de informação (Sistema de TCE e planilhas eletrônicas) e recursos humanos (quantitativo e capacitação).

Os fatos apontados têm relação com várias áreas da autarquia, cada qual com suas responsabilidades sobre parte dos processos. De acordo com o Regimento Interno do INSS, compete à Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística – DIROFL: determinar que se proceda à cobrança administrativa, afeta à DIROFL, nos casos de ocorrência de danos que resultem em prejuízo ao Erário; autorizar a instauração de processo de TCE

nos órgãos de assistência direta, órgãos seccionais e órgãos específicos singulares do INSS; e designar servidores para compor Comissão de TCE para apurar prejuízos causados ao Erário, no âmbito da Administração Central. Ainda, por meio da DCATCE, da Coordenação de Contabilidade, da Coordenação-Geral de Orçamento, Finanças e Contabilidade – CGOFC, tem a responsabilidade de coordenar, supervisionar e orientar as atividades das comissões de TCE, em âmbito nacional, e também de controlar e acompanhar os acórdãos e decisões do TCU, referentes ao INSS, quando provenientes de prejuízo ao Erário e passíveis de TCE. À Auditoria-Geral, por meio de sua Coordenação-Geral de Auditoria em Gestão Interna, compete avaliar e emitir parecer sobre TCE.

Já à Diretoria de Benefícios – DIRBEN, por meio de sua Coordenação de Monitoramento Operacional de Benefícios, compete acompanhar e supervisionar a execução das ações de revisão e correção dos atos praticados nos benefícios administrados pelo INSS com indícios de irregularidades e falhas existentes, detectadas pelos órgãos de gerenciamento, execução ou controle interno e externo.

No âmbito das unidades descentralizadas compete às Superintendências Regionais – SR, e também às Gerências-Executivas – GEX determinar que se proceda à cobrança administrativa – bem como à revisão e correção de benefícios com indícios de irregularidades – em todas as áreas e unidades sob sua jurisdição, sempre que ocorrer dano que resulte em prejuízo ao Erário, bem como constituir comissões, determinar a instauração e realizar TCE em seu próprio âmbito.

No tocante à apuração de responsabilidades, releva ressaltar que à Auditoria-Geral compete encaminhar à Corregedoria-Geral solicitação de apuração de responsabilidade, quando em sua atividade se evidenciar irregularidade passível de exame sob o aspecto disciplinar, indicando com clareza o fato irregular, enquanto à Corregedoria-Geral compete acompanhar o desempenho dos servidores e dirigentes dos órgãos e unidades do INSS, fiscalizando e avaliando sua conduta funcional.

Manifestação da Unidade Examinada

Por meio da Solicitação de Auditoria – SA nº 201406276-06, de 12.5.2014, foram solicitadas à autarquia informações sobre as causas para os fatos apontados, bem como sobre providências adotadas e/ou a adotar. Por meio do Ofício nº 325/GABPRE/INSS, de 21.5.2014, a unidade se manifestou conforme segue.

Com relação às causas de ausência de parecer conclusivo sobre os registros pendentes, o INSS esclareceu que *“dos processos relacionados na RECOMENDAÇÃO Nº 2 nem todos os registros se referem a benefícios”*, apresentou um roteiro dos procedimentos seguidos pelas APS e GEX para emissão de parecer conclusivo sobre os registros, e informou que tal documento *“demonstra a dificuldade encontrada pelas Unidades para a finalização das demandas”*.

A Coordenação de Monitoramento Operacional de Benefícios informou ainda que os trabalhos relativos aos referidos registros *“não se tratam somente de cobrança*

administrativa, mas de uma série de ações até chegar na realização da cobrança dos valores recebidos indevidamente, considerando que os registros ali contidos não se referem a apenas benefícios”. Informou ainda o que segue:

“Quanto às medidas e cronogramas para análise e conclusão das apurações, foi expedido Memorando-Circular nº 15 DIRBEN/INSS, de 19 de maio de 2014, solicitando que estas informações sejam encaminhadas pelas Gerências-Executivas a esta Diretoria até 23/05/2014”.

“Além do expediente acima mencionado, será realizada no dia 21/05/2014 videoconferência com as cinco Superintendências-Regionais e as Gerências-Executivas de Caruaru, Niterói, Belém, Recife, Rio de Janeiro-Centro e Rio de Janeiro-Norte, que possuem maior quantidade de registros pendentes, para tratar do cronograma para conclusão dos trabalhos”.

Adicionalmente, a autarquia encaminhou, por meio do Ofício nº 352/GABPRE/INSS, de 2.6.2014, um cronograma para a conclusão dos trabalhos (situação relativa aos 5.277 registros pendentes de análise e realização de cobrança administrativa), conforme a seguir transcrito.

GEX / SR	TOTAL	PREVISÃO DE CONCLUSÃO
21001-GEX SÃO PAULO - CENTRO	76	31/12/2014
21002-GEX SÃO PAULO - NORTE	16	31/12/2014
21004-GEX SÃO PAULO - SUL	49	30/11/2014
21005-GEX SÃO PAULO - LESTE	22	31/12/2014
21022-GEX ARARAQUARA	5	31/08/2014
21024-GEX CAMPINAS	5	31/12/2014
21025-GEX GUARULHOS	3	31/12/2014
21026-GEX JUNDIAÍ	15	23/08/2014
21027-GEX MARÍLIA	3	28/11/2014
21028-GEX OSASCO	87	10/12/2014
21031-GEX RIBEIRÃO PRETO	57	30/11/2014
21032-GEX SANTO ANDRÉ	42	30/12/2014
21033-GEX SANTOS	10	31/12/2014
21034-GEX SÃO BERNARDO DO CAMPO	8	01/12/2014
21035-GEX SÃO JOÃO DA BOA VISTA	2	31/08/2014
21037-GEX SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	7	23/09/2014
21038-GEX SOROCABA	10	30/12/2014
21039-GEX TAUBATÉ	3	31/12/2014
SR SUDESTE I – TOTAL	428	
11001-GEX BELO HORIZONTE	7	31/10/2014
11022-GEX CONTAGEM	4	31/12/2014
11023-GEX DIVINÓPOLIS	2	11/08/2014
11025-GEX JUIZ DE FORA	8	28/02/2015
11026-GEX MONTES CLAROS	1	31/12/2014
17001-GEX RIO DE JANEIRO – CENTRO	1.166	31/12/2014
17002-GEX RIO DE JANEIRO – NORTE	1.807	31/12/2014
17021-GEX CAMPOS DOA GOYTACAZES	11	02/11/2014
17022-GEX DUQUE DE CAXIAS	43	31/12/2014
17023-GEX NITERÓI	195	19/10/2014
17024-GEX PETRÓPOLIS	11	31/12/2014
17025-GEX VOLTA REDONDA	31	31/12/2014
7001-GEX VITÓRIA	48	30/07/2014
SR SUDESTE II - TOTAL	3.337	
14001-GEX CURITIBA	79	31/12/2014
14022-GEX LONDRINA	3	01/11/2014
14024-GEX PONTA GROSSA	8	31/12/2014



GEX / SR	TOTAL	PREVISÃO DE CONCLUSÃO
19024-GEX NOVO HAMBURGO	3	31/12/2014
20021-GEX BLUMENAU	1	30/06/2014
20022-GEX CHAPECÓ	1	31/12/2014
20024-GEX JOINVILLE	3	31/12/2014
SR SUL - TOTAL	99	
10001-GEX CUIABÁ	35	30/11/2014
10021-GEX SINOP	2	30/11/2014
12001-GEX BELÉM	204	30/11/2014
23001-GEX DISTRITO FEDERAL	31	01/12/2014
25001-GEX MACAPÁ	11	30/08/2014
28001-GEX PALMAS	10	30/11/2014
3021-GEX TEFÉ	1	30/11/2014
6001-GEX CAMPO GRANDE	43	30/08/2014
6021-GEX DOURADOS	3	30/11/2014
8001-GEX GOIÂNIA	2	30/11/2014
SR NORTE / CENTRO-OESTE – TOTAL	415	
13001-GEX JOÃO PESSOA	42	31/12/2014
13021-GEX CAMPINA GRANDE	8	31/07/2014
15001-GEX RECIFE	527	30/11/2014
15021-GEX CARUARU	143	23/09/2015
15022-GEX GARANHUNS	5	31/12/2014
15021-GEX PETROLINA	5	31/12/2014
16001-GEX TERESINA	47	31/12/2014
18001-GEX NATAL	8	30/09/2014
18021-GEX MOSSORÓ	5	23/09/2014
2001-GEX MACEIÓ	5	31/10/2014
4001-GEX SALVADOR	13	30/11/2014
4021-GEX BARREIRAS	3	31/12/2014
4022-GEX FEIRA DE SANTANA	2	31/08/2014
4023-GEX ITABUNA	27	31/07/2015
4024-GEX JUAZEIRO	10	30/01/2015
4026-GEX VITÓRIA DA CONQUISTA	11	31/12/2014
5001-GEX FORTALEZA	17	30/11/2014
5021-GEX JUAZEIRO DO NORTE	12	31/10/2014
5022-GEX SOBRAL	6	30/09/2014
9001-GEX SÃO LUÍS	96	31/07/2014
9021-GEX IMPERATRIZ	5	01/08/2014
SR NORDESTE – TOTAL	998	

Ainda, após a realização da Reunião de Busca Conjunta de Soluções, em 11.7.2014, a unidade, por meio do Ofício nº 484/GABPRE/INSS, de 15.7.2014, encaminhou informações adicionais, dentre as quais destacamos as seguintes.

“O INSS tem realizado um esforço contínuo para a conclusão dos procedimentos. Conforme demonstra-se no quadro abaixo, as Superintendências Regionais, Gerências-Executivas e Agências da Previdência Social estão trabalhando para concluir os trabalhos (...) até 31.12.2014. Verifica-se que no dia 15.05.2014 quando da expedição do Memorando Circular nº 15/2014 existiam 5.277 pendências e hoje 10.07.2014 restam 3.824 registros pendentes. (...)”

Será realizada na semana de 14 a 18 de julho videoconferência com as Superintendências Regionais para reforçar o cumprimento firmado anteriormente. Finalmente, é importante destacar a que força de trabalho responsável pela conclusão desses processos é em sua grande maioria a mesma (...) que concluiu a revisão dos 205 mil casos mencionados no item anterior (...), que apura



os diversos outros benefícios apontados como irregulares por Força Tarefa, denúncias e outros trabalhos de monitoramento.”

Análise do Controle Interno

Em suas manifestações, os gestores da autarquia não questionam ou se contrapõem aos fatos relatados, mas apontam fatores que teriam contribuído para a sua ocorrência, e propõem medidas para a conclusão dos trabalhos de análise dos processos pendentes, incluindo um cronograma para tal.

Os fatores apresentados (*“nem todos os registros se referem a benefícios”*; *“dificuldade encontrada pelas Unidades para a finalização das demandas”*; *“não se tratam somente de cobrança administrativa, mas de uma série de ações até chegar na realização da cobrança”*), mesmo constituindo elementos de dificuldade e complexidade para a realização do trabalho de análise, cobrança administrativa e instauração de TCE, são características inerentes ao processo, não podendo, portanto, ser considerados como causas das disfunções.

As medidas propostas se concentraram no estabelecimento de um cronograma para a conclusão dos trabalhos de análise dos processos pendentes pelas GEX. A esse respeito, chamam a atenção as discrepâncias entre os prazos estabelecidos para algumas das GEX. Por exemplo, As GEX RJ-Centro e RJ-Norte têm prazo até 31.12.2014 para analisar, respectivamente, 1.166 e 1.807 processos, ao passo que a GEX Juazeiro tem prazo até 30.1.2015 para analisar apenas 10 processos, a GEX Juiz de Fora tem prazo até 28.2.2015 para analisar apenas 8 processos e a GEX Itabuna só deverá concluir a análise de seus 27 processos em 31.7.2015.

Ainda, o cronograma proposto prevê que até o final de 2014 terá sido concluída a análise de 5.089 processos. Considerando que o instituto levou 8 anos para concluir a análise de 4.194 processos, pode-se duvidar que o cronograma seja cumprido. Em outras ocasiões, no decorrer desses 8 anos, foram estabelecidos outros cronogramas (o primeiro deles estabelecia o prazo de 20.11.2007 para a conclusão da análise dos processos pendentes, *“sob pena de responsabilização”*; outro estabeleceu a data de 31.11.2008), porém nenhum deles foi cumprido. Em sua última manifestação, o instituto cita que as SR, GEX e APS *“estão trabalhando para concluir os trabalhos (...) até 31.12.2014”*.

Medidas já adotadas ao longo dos últimos anos incluem a normatização interna das atividades de cobrança administrativa e TCE, aperfeiçoamento do Sistema de TCE, estabelecimento de planos de ação por GEX, realização de reuniões de alinhamento e de capacitação, entre outras. Tais medidas, porém, não se mostraram suficientemente eficazes.

Assim, verifica-se que a autarquia, apesar dos esforços despendidos, não deu a devida prioridade à análise dos procedimentos passíveis de instauração de TCE desde as recomendações formuladas (em 2006) por este órgão de controle interno, sendo que mais de 55% dos casos ainda permanecem pendentes de análise e solução,

descumprindo assim os normativos que regem a matéria no que se refere à quantificação e à responsabilização de quem deu causa aos possíveis prejuízos causados aos cofres públicos (IN TCU nº 56/2007). Em razão de todo o exposto e do montante financeiro a ser recuperado aos cofres públicos, o tema possui relevância e necessita ser priorizado pelo instituto.

Além disso, registre-se que, com base nos fatos descritos, o contexto apresentado indica possível existência de prejuízos financeiros, na medida em que o resultado da análise já realizada (44,3% dos processos), em que se concluiu pela irregularidade em mais de dois terços dos casos, indicou um valor de R\$ 7,8 milhões como irrecuperável – sendo R\$ 2,7 milhões relativos a débitos prescritos.

Assim, conforme acordado na reunião de busca conjunta de soluções, realizada em 11.7.2014, os gestores do INSS estão conduzindo, com previsão de conclusão até dez/2014, procedimento com vistas a garantir a inexistência de elementos indicadores da ocorrência concreta de prejuízo (materialidade) e de autoria. Caso os referidos elementos sejam identificados, a Autarquia se comprometeu a adotar as medidas cabíveis para apuração de responsabilidades.

Recomendações:

Recomendação 1: Estabelecer e implementar um cronograma detalhado de análise dos 5.282 processos pendentes, contemplando, inclusive, responsáveis e eventuais priorizações de regiões geográficas, com o compromisso de cumprimento de tal instrumento pelas Gerências-Executivas, e monitorar sua execução. (Prazo: 31.12.2014)

1.1.1.4 INFORMAÇÃO

COBRANÇA DE VALORES DEVIDOS POR INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS

Fato

Na Auditoria Anual de Contas relativa ao exercício de 2012, realizada no segundo trimestre de 2013, foi identificada a ocorrência de prejuízos ao erário causados por ineficiência no processo de cobrança de valores devidos ao INSS por instituições bancárias, relativamente a créditos pós-óbito de beneficiários. Trata-se de valores transferidos pelo INSS e não movimentados, ou utilizados de forma indevida após o óbito do beneficiário em período não abrangido pela comprovação de vida.

Na ocasião, foi identificado que o universo de processos de cobrança junto aos bancos era de aproximadamente 30 mil processos (quantidade estimada), dos quais apenas 18.983 haviam sido cadastrados no sistema de monitoramento da cobrança (Sistema de Controle Financeiro – SCF) junto aos agentes pagadores, e apenas 2.322 processos, cujo valor apurado era de cerca de R\$ 85 milhões, haviam tido ações de cobrança por parte da Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística – DIROFL junto aos citados agentes.

Ainda, de acordo com a base de dados do Sistema de Controle do Monitoramento Operacional de Benefícios – CMOBEN, em 4.4.2013 existiam 3.592 processos com irregularidade constatada que haviam sido encaminhados às Seções de Orçamento,



Finanças e Contabilidade – SOFC para cobrança junto aos agentes pagadores, perfazendo um montante de R\$ 81,6 milhões. Desses, verificou-se que 519 processos haviam sido cadastrados no SCF, sendo que 74 tinham indicativo de cobrança. Ao serem requisitadas as Guias da Previdência Social – GPS quitadas para confirmação do recolhimento relativo aos 74 processos cadastrados com indicativo de cobrança, comprovou-se que apenas um processo havia sido quitado, mesmo assim de forma parcial. Assim, de um montante cobrado de R\$ 5.572.826,72, apenas R\$ 8.165,85 (0,15%) haviam sido devolvidos aos cofres públicos.

Não menos grave foi a constatação de que, em que pese a ineficácia da cobrança desses valores junto aos agentes pagadores, de 60 dos 74 processos supracitados (excluindo-se aqueles que tinham GPS emitida com vencimento em maio de 2013) apenas 8 haviam sido encaminhados à Procuradoria Federal Especializada – PFE para inscrição em dívida ativa.

Em relação aos demais 3.073 processos (3.592 – 519) com indicativo no CMOBEN de encaminhamento à SOFC, foi realizada uma seleção que contemplou a análise de todos os processos vinculados à Gerência-Executiva do INSS no Distrito Federal - GEXDF. De um total de 78 processos vinculados à GEXDF, verificou-se que a SOFC havia sido acionada para cobrança de agentes pagadores em apenas 7 processos; no restante, a Unidade fora acionada para escrituração contábil dos débitos depois de constatadas as irregularidades pelo MOB das Agências. Ainda, dos 7 processos cobrados pela SOFC da GEX, em 2 casos a cobrança fora inócua, tendo sido os processos encaminhados à DIROFL, porém sem o correspondente cadastro no sistema SCF. Nos outros 5 casos, mesmo não tendo sido realizados os pagamentos no prazo estipulado, os processos não haviam sido encaminhados ao Órgão Central.

Assim, verificou-se a existência de gargalos gerenciais no processo de restituição de valores devidos ao INSS por instituições financeiras contratadas para prestação de serviços de pagamento de benefícios. As fragilidades dos instrumentos e agentes de controles internos relacionados ao referido processo comprometeram a gestão da DIROFL e das Unidades Descentralizadas do INSS, em especial as GEX, na cobrança dos valores devidos pelos agentes pagadores à autarquia. Ressalte-se que os fatos constatados em campo evidenciam o risco de prejuízos à entidade e, em última instância, aos cofres públicos, prejuízos esses, tendo em vista as fragilidades identificadas nos agentes e instrumentos de controle existentes, não plenamente conhecidos e adequadamente mensurados.

Desta forma, em razão das falhas identificadas, foi recomendada ao INSS a adoção de providências corretivas para identificação, mensuração e cobrança dos valores referentes aos processos existentes, bem como para a quantificação de prejuízos e apuração de responsabilidades, com a aplicação de medidas correicionais, e ainda a implementação de medidas de caráter estruturante de modo a permitir à entidade o gerenciamento adequado da cobrança e restituição de valores devidos por instituições financeiras relativamente a créditos pós-óbito de beneficiários, dentre as quais se destacam: (i) a revisão e adequação do fluxo de atividades relacionadas ao referido processo gerencial; (ii) a implementação de instrumentos, de preferência



informatizados, de gestão, monitoramento, supervisão e controle operacional de todo o processo gerencial; e (iii) a estruturação, sob os aspectos de logística e recursos humanos, dos setores responsáveis.

Com relação às medidas corretivas, o instituto realizou o cadastramento no SCF e a cobrança de todos os processos em que ficou demonstrada a culpa dos bancos contratados. A partir da criação, em maio de 2013, de cinco grupos de trabalho visando à realização de cobranças administrativas perante a rede bancária, foi feita a cobrança relativa a quase 66 mil processos (mais que o dobro dos 30 mil processos estimados), equivalendo a aproximadamente R\$ 1,8 bilhão, resultando no ressarcimento de R\$ 29,2 milhões no exercício de 2013, e outros R\$ 12,9 milhões até maio de 2014. Não houve ainda, porém, o encaminhamento à PFE dos processos para os quais não houve sucesso na cobrança administrativa. Em relação a este tema, foi informado que a entidade está *"promovendo ajustes nas rotinas (...) que (...) propiciarão fluxo mais célere quanto à formalização do processo de cobrança administrativa por parte da área de OFC, bem como, a formatação de procedimentos de encaminhamento dos processos às seccionais da PFE visando à realização de cobrança judicial"*; após a conclusão deste ajuste normativo, os processos serão encaminhados à PFE, tendo sido estimada a data de 30.9.2014 para a conclusão deste processo. Ainda, não foram reportadas quaisquer providências em relação à quantificação de prejuízos ocorridos em razão de ausência ou intempestividade no processo de cobrança administrativa, tampouco à apuração de responsabilidades e aplicação de medidas correicionais, tendo em vista que ainda não há parecer da PFE sobre a eventual prescrição de processos.

No tocante às medidas de caráter estruturante, as providências relativas à estruturação, sob os aspectos de logística e recursos humanos, dos setores responsáveis pelo processo de cobrança administrativa, no Órgão Central e nas Unidades descentralizadas, estão ainda em andamento, tendo sido o prazo para implementação prorrogado para 31.7.2014. Já as providências relativas à alteração de procedimentos e ajustes nos sistemas CMOBEN e SCF foram implementadas.

Desta forma, considera-se que as medidas estruturantes necessárias ao gerenciamento adequado da cobrança e restituição de valores devidos por instituições financeiras relativamente a créditos pós-óbito de beneficiários foram – ou estão sendo – implementadas, restando pendentes apenas algumas medidas de caráter corretivo, entre as quais se destacam aquelas relacionadas à quantificação de prejuízos ocorridos, à apuração de responsabilidades e aplicação de medidas correicionais.

1.2 COMPENSACAO PREVIDENCIARIA

1.2.1 EFETIVIDADE DOS RESULTADOS OPERACIONAIS

1.2.1.1 CONSTATAÇÃO

PAGAMENTO DE VALORES INDEVIDOS PELO RGPS AOS RPPS, DEVIDO A FRAGILIDADES NO PROCESSO DE COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Fato

Trabalhos auditoriais realizados pela CGU entre 2008 e 2013 revelam a existência de persistentes gargalos no processo gerencial de compensação previdenciária. As auditorias tinham o objetivo específico de verificar a existência e a adequabilidade dos mecanismos e instrumentos de controle utilizados pelo INSS com vistas a garantir que a compensação financeira entre o Regime Geral de Previdência Social – RGPS e os Regimes Próprios de Previdência Social – RPPS, nos casos de contagem recíproca de tempo de contribuição para efeito de concessão de aposentadorias e pensões, em conformidade com o disposto na Lei nº 9.796/1999 e demais normativos vigentes.

As ações de controle abordaram questões relativas: ao encaminhamento, pelo INSS, dos requerimentos de compensação financeira aos RPPS; ao desconto das contribuições previdenciárias devidas pelos entes ao RGPS; à reciprocidade na análise dos requerimentos de compensação financeira; e ao processo de seleção de requerimentos de compensação submetidos pelos RPPS para análise do INSS. As falhas identificadas resultam na falta de compensação financeira de valores devidos pelos RPPS ao RGPS, no pagamento de valores indevidos pelo RGPS aos RPPS e na falta de transparência dos procedimentos operacionais adotados.

Constatou-se a **falta de cobrança** dos valores devidos ao RGPS pelos RPPS, em decorrência da falta de celebração de **convênio** entre o MPS e os RPPS para a operacionalização e concessão de acesso aos sistemas que possibilitam a compensação previdenciária, com impacto negativo estimado em R\$ 9 milhões mensais para o RGPS (dos quais 54% são relativos a regimes próprios vinculados à Administração Pública Federal), e montante acumulado estimado em R\$ 900 milhões (dados relativos a ago/2013). A esse respeito, foram implementadas alterações normativas, por meio das Portarias MPS nº 287/2009 e nº 378/2010, regulando o acionamento da Procuradoria-Geral Federal – PGF, responsável pela inscrição na dívida ativa do INSS, para efetuar a cobrança amigável ou judicial de valores referentes à compensação previdenciária. Adicionalmente, em out/2010 foram criadas demandas junto à Dataprev, com prioridade “alta”, para a criação, no sistema Comprev, de funcionalidade para operacionalização dos procedimentos normatizados de cobrança. A efetiva implementação das alterações normativas, porém, ainda não ocorreu.

A solução apontada pela autarquia é a cobrança administrativa dos valores, com a utilização do Módulo de Cobrança do Sistema Monitor, considerando que, sem a celebração do acordo de cooperação técnica entre o RPPS e o MPS, não há como realizar a compensação financeira de débitos recíprocos entre aquele regime e o RGPS. Assim, restaria ao INSS fazer a cobrança do valor bruto apurado antes do encontro de contas, na condição de regime instituidor de benefícios – RI, e essa ação seria operacionalizada por meio do citado Módulo de Cobrança. Segundo alegado pelo instituto em ago/2013, sua execução seria viabilizada pelo sistema Monitor (que, segundo havia sido previsto, teria a primeira versão para homologação em set/2012, e estaria em produção no início de 2013); na ocasião, foi informado que estava sendo elaborado o Plano de Expansão do Sistema Monitor, incluindo o Módulo Operacional de Benefício e o Módulo de Cobrança Administrativa, e a previsão era de que os



referidos módulos fossem implantados nacionalmente até dezembro de 2013. Ocorre que, de acordo com manifestação do instituto em abr/2014, o referido módulo ainda está em fase de especificação, não tendo sido feita menção a qualquer data de implantação definitiva.

Quanto à adoção de procedimentos alternativos para viabilização das cobranças, até que uma solução automatizada seja implementada, somente em abr/2014 o INSS implementou medidas a respeito, com a solicitação à Dataprev de uma extração de dados contendo os valores devidos por cada um dos RPPS a fim de que sejam feitas as cobranças “*de forma manual*” pelas Gerências-Executivas. A autarquia ressaltou que tal atividade implicará na elaboração de ofícios e notificações de cobrança aos entes, além de controles de prazos de defesas e recursos e que, a depender do volume de trabalho, deverá ser elaborado um plano de ação pelas Superintendências Regionais.

Concluiu-se também que as **contribuições previdenciárias** devidas pelos entes ao RGPS não estavam sendo devidamente descontadas quando do processo de compensação financeira. Em apuração realizada com relação aos RPPS dos Estados e do Distrito Federal, foi verificado que 85% dos entes para os quais foram realizados pagamentos a título de compensação previdenciária em agosto de 2008 possuíam débitos previdenciários, fato que, em tese, deveria resultar no recolhimento de contribuições previdenciárias – no caso dos Estados e do Distrito Federal, de cerca de R\$ 187 milhões, e para os municípios, de R\$ 174 milhões. A esse respeito, foi verificada a adoção de providências efetivas em 2013. Com a publicação da Portaria Conjunta PGFN/RFB/INSS nº 1, de 21.3.2013, foi estabelecido que o pagamento dos valores decorrentes de compensação financeira somente será realizado, para os entes instituidores devedores de contribuições previdenciárias, depois de efetuada a compensação dos valores de estoque e de fluxo com os respectivos débitos exigíveis perante a Secretaria da Receita Federal do Brasil – SRFB e a Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN. Como resultado, no período de março a junho de 2013 o INSS suspendeu ou descontou um total de R\$ 39,4 milhões relativos a contribuições previdenciárias que não haviam sido recolhidas.

A ação implementada, porém, foi operacionalizada de forma manual, com os inconvenientes e riscos de falhas típicos dessas situações. Quanto à integração do sistema Comprev com os sistemas da SRFB e da PGFN, e à implementação de funcionalidades que permitam que as consultas a esses órgãos se deem pelo sistema Comprev, facilitando o procedimento de consulta e conferindo a devida transparência às atividades, apenas em 2014 a autarquia cadastrou demanda junto à Dataprev com esse objetivo. De forma semelhante, quanto à integração do sistema Comprev com o Sistema de Informações dos Regimes Públicos de Previdência Social – Cadprev, de modo a evitar a necessidade de indicação mensal, de forma manual, da existência de CRP para pagamento da compensação financeira, em 2008 foi criada demanda junto à Dataprev, com prioridade “alta”, para a criação, no sistema Comprev, de funcionalidade para automatização dos bloqueios e desbloqueios de pagamento de compensação relacionados à ausência de CRP por parte dos entes credores. Em dez/2012, porém, o instituto informou que não fora possível contemplar na nova versão do sistema,



implantada naquele mês, tal funcionalidade, acrescentando que o início do atendimento das demandas da DIRBEN para os citados ajustes no Comprev ocorreria “ainda em 2013”. Posteriormente, foi definida nova data para o atendimento da demanda, jul/2013, prazo este não cumprido; estabelecida nova data, dez/2013, novamente o atendimento não se concretizou. Em abr/2014, a autarquia informou que a nova data apresentada pela Dataprev para atendimento à demanda é jul/2014.

Verificou-se ainda a ausência de **critérios para a seleção dos requerimentos** de compensação financeira encaminhados pelos RPPS para análise pelo instituto, expondo a entidade ao risco de manipulação, direcionamento e fraudes na execução do referido processo. A esse respeito, foram implementadas alterações normativas, por meio da Portaria Interministerial MPS/MF nº 410/2009, estabelecendo que os requerimentos de compensação previdenciária apresentados pelos RPPS devem ser analisados pelo INSS, em cada GEX, observando-se a ordem cronológica de apresentação. Adicionalmente, em 2009 foi criada demanda junto à Dataprev, com prioridade “urgente”, para a criação, no sistema Comprev, de funcionalidade para operacionalização do procedimento normatizado, com previsão de conclusão em dez/2012. Em dez/2012, porém, o instituto informou que não fora possível contemplar na nova versão do sistema, implantada naquele mês, tais funcionalidades, acrescentando que o início do atendimento das demandas da DIRBEN para os citados ajustes no Comprev ocorreria “ainda em 2013”. Posteriormente, foi definida nova data para o atendimento da demanda, ago/2013, prazo este não cumprido. Em abr/2014, a autarquia informou que a nova data apresentada pela Dataprev para atendimento à demanda é jul/2014.

Quanto à adoção de procedimentos alternativos para viabilização da implantação do critério de ordem cronológica para seleção dos requerimentos a serem analisados, somente em mar/2014 o INSS implementou medidas a respeito, o cadastramento de demanda junto à Dataprev visando à geração de relatórios mensais contendo todos os requerimentos com *status* “em análise”, para que seja possível às GEX realizar a análise dos requerimentos de acordo com a ordem cronológica, apresentada nos referidos relatórios. O primeiro encaminhamento de tais relatórios às GEX foi realizado em jun/2014.

Finalmente, evidenciou-se **falta de reciprocidade** na análise dos requerimentos de compensação financeira entre o RGPS e os RPPS. Avaliações realizadas, tendo como referências as posições de ago/2008, dez/2012 e jul/2013, apontaram que o INSS havia decidido, respectivamente, 75%, 81% e 81% dos requerimentos de compensação apresentados pelos RPPS, enquanto estes haviam decidido, respectivamente, apenas 17%, 35% e 36% dos requerimentos apresentados pelo INSS. Estimou-se que o INSS deixou de compensar, anualmente, o montante de R\$ 66 milhões, devido à falta de tempestividade dos RPPS na decisão de requerimentos de compensação previdenciária apresentados pelo INSS (dados relativos a ago/2013, fornecidos pela autarquia, considerando o histórico do percentual de deferimento e média *pro rata* das indenizações deferidas por ente). A esse respeito, foram implementadas alterações normativas, por meio da Portaria MPS nº 287/2009, estabelecendo a adoção de critérios de reciprocidade no acerto de contas entre os dois regimes, bem como ações punitivas



quando da ausência de reciprocidade na análise e decisão dos requerimentos de compensação financeira. O normativo estabelece a suspensão do repasse do fluxo mensal de compensação financeira entre regimes quando não houver reciprocidade no quantitativo de decisões do credor em relação às do devedor. Adicionalmente, em 2009 foi criada demanda junto à Dataprev para a criação, no sistema Comprev, de funcionalidade para operacionalização do procedimento normatizado, com previsão de conclusão para o final de 2012. Em dez/2012, porém, o instituto informou que não fora possível contemplar na nova versão do sistema, implantada naquele mês, tais funcionalidades, acrescentando que o início do atendimento das demandas da DIRBEN para os citados ajustes no Comprev ocorreria “*ainda em 2013*”. Posteriormente, foi definida nova data para o atendimento da demanda, jul/2013, prazo este não cumprido; estabelecida nova data, dez/2013, novamente o atendimento não se concretizou. Em abr/2014, a autarquia informou que a nova data apresentada pela Dataprev para atendimento à demanda é jul/2014.

Quanto à adoção de procedimentos alternativos para viabilização do bloqueio do repasse do fluxo mensal de compensação financeira quando não houver reciprocidade, até que a solução automatizada seja implementada, nenhuma providência foi adotada. Desta forma, a suspensão do repasse do fluxo mensal de compensação financeira entre regimes quando não houver reciprocidade no quantitativo de decisões do credor em relação às do devedor, que constitui a principal fragilidade constatada no processo de compensação previdenciária, continua sem mitigação, resultando no pagamento de valores indevidos pelo RGPS aos RPPS de estados e municípios.

Esses fatos foram abordados em todos os relatórios de auditoria anual de contas do instituto desde o exercício de 2008 (relatório nº 224735/2009), passando pelos de 2009 (relatório nº 244083/2010) e 2010 (relatório nº 201108705), até os de 2011 (relatório nº 201203153) e 2012 (relatório nº 201305680). Na última ocasião, no segundo trimestre de 2013, houve o comprometimento, por parte dos gestores do INSS, de implementação das alterações necessárias ao atendimento das citadas recomendações até 30.8.2013. Este novo prazo, porém, mais uma vez, não foi cumprido.

Assim, de modo geral, pode-se dizer que quase todos os problemas apontados por esta CGU nos últimos 5 anos, relativamente ao processo de compensação previdenciária, ainda hoje continuam impactando negativamente a gestão do INSS.

Este tema também foi abordado pelo Tribunal de Contas da União – TCU, por ocasião do julgamento das contas anuais do instituto relativas ao exercício de 2010 (processo TC-026.509/2011-3). O Acórdão TCU nº 7.827/2013 - 1ª Câmara trouxe determinação ao INSS para que “*atue junto à Dataprev para implementação das demandas relacionadas à compensação previdenciária entre o Regime Geral e os Regimes Próprios de Previdência Social, aplicando as sanções previstas em contrato, se necessário*”. Apesar disso, e do fato de que o novo prazo que havia sido estabelecido para a implementação das demandas relativas ao sistema Comprev que contribuiriam para o atendimento às recomendações desta CGU não ter sido cumprido, não foi aplicada pela autarquia qualquer sanção contratual à mencionada prestadora de serviços de TI.



Tendo em vista o exposto, e considerando a quantidade de recursos envolvidos, é possível concluir que a fragilidade dos mecanismos e instrumentos de controle interno torna viável a manipulação e o direcionamento do procedimento de seleção e análise de requerimentos de compensação financeira entre regimes previdenciários, expondo a entidade ao risco de ocorrência de irregularidades no processo em questão.

A respeito dos trabalhos de auditoria no processo de compensação previdenciária iniciados pela CGU no segundo semestre de 2013, cabe ressaltar a grande dificuldade enfrentada pela equipe de auditoria para obter acesso aos dados e informações relativas ao processo de compensação financeira entre regimes previdenciários – em especial os dados dos requerimentos de compensação formalizados pelo INSS e pelos RPPS de entes subnacionais. Quando do início dos trabalhos de campo, em out/2013, tais dados não foram solicitados à autarquia, em função da informação de que a Auditoria-Geral do INSS já havia feito tal demanda à Dataprev desde 14.8.2013. Em meados de nov/2013 a referida demanda foi atendida, porém, repassados os arquivos à equipe de auditoria, verificou-se que não continham dados imprescindíveis para algumas análises a serem realizadas, em especial data e tipo da decisão (embora constassem da solicitação da AUDGER), bem como as datas de início e cessação da compensação. Ainda, os 4 arquivos fornecidos apresentavam diferenças em seus *layouts*, de modo que não foi possível a sua consolidação.

Desta forma, foi feita nova solicitação de dados referentes aos requerimentos de compensação, por meio da SA 201317044-04, de 12.3.2014, estabelecendo o prazo de 20.3.2014 para o seu atendimento. Por meio do Ofício nº 168/GABPRE/INSS, de 24.3.2014, foi informado o cadastramento de demanda na Dataprev em 14.3.2014, e que, contratualmente, “a Dataprev tem o prazo de, no máximo, 30 dias para apresentar proposta de atendimento à solicitação”. Em reunião realizada em 15.5.2014, foi apresentado e-mail da Dataprev (de 13.5.2014, aproximadamente 60 dias após o cadastramento da demanda) com “considerações sobre a geração das informações solicitadas” – sem, contudo, estabelecer prazos. Foi acordado que o INSS conseguiria da Dataprev a informação relativa a prazos até 19.5.2014. Em 26.5.2014 foi encaminhado e-mail da Dataprev informando o prazo de 5.6.2014 para a realização da extração. Em e-mail de 29/05, a Chefe da Divisão de Compensação Previdenciária – DCOMP informou que o arquivo com os dados solicitados teria sido disponibilizado pela Dataprev, para *download* a ser realizado diretamente pela CGU; porém, realizados os procedimentos de *download*, sob orientação da Dataprev, o arquivo disponibilizado não correspondia ao solicitado, visto que continha dados relativos apenas à UF = GO (Goiás). Foi então solicitado que o próprio INSS obtivesse o arquivo junto à Dataprev e, após verificação de seu conteúdo, o encaminhasse a esta CGU. O arquivo com os dados solicitados foi finalmente entregue pelo INSS à CGU em 4.6.2014, quase 3 meses após a solicitação por SA.

Fato semelhante se deu com a disponibilização de *login* e senha de acesso ao sistema Comprev, com nível de acesso de consulta, solicitada por meio da SA 201317044-05, de 12.3.2014, estabelecendo o prazo de 20.3.2014 para o seu atendimento. Por meio do Ofício nº 233/GABPRE/INSS, de 14.4.2014, foi solicitado pelo instituto o



preenchimento de formulário de solicitação de acesso, o que foi feito. Foram recebidos e-mails da Dataprev em 8.5.2014 com senhas do Sistema de Autorização de Acesso – SAA, porém elas não proporcionaram o acesso pretendido, retornando a mensagem “usuário não tem permissão de acesso ao recurso”. Contatada a Dataprev, por e-mail, ela apenas orientou que as dúvidas ou solicitações deveriam ser encaminhadas “para a equipe do Comprev através do email comprev@inss.gov.br”. Foi enviado e-mail em 20.5.2014, com cópia para a Chefe da DCOMP, solicitando interferência para conseguir o acesso. Em 23.5.2014 a DCOMP informou, por e-mail, que teria sido enviada uma nova senha, para a realização de nova tentativa, porém não foi recebida a referida mensagem com uma nova senha; em 2.6.2014 foi encaminhado e-mail para a DCOMP sobre o assunto. Contatada pessoalmente a Chefe da DCOMP em 4.6.2014, ela providenciou a geração de uma nova senha, porém a tentativa de acesso com tal senha também não obteve sucesso, tendo sido apresentada a mesma mensagem de erro. Apenas em 18.6.2014 o acesso solicitado foi viabilizado.

Desta forma, a atualização dos números relativos aos requerimentos de compensação financeira entre regimes previdenciários restou prejudicada, uma vez que o arquivo com os dados solicitados foi disponibilizado apenas em 4.6.2014, não tendo havido tempo suficiente para sua análise, considerando tratar-se de mais de 1,3 milhão de registros de requerimentos. Assim, são aqui mencionados os últimos números disponíveis, levantados nos trabalhos anteriormente realizados por esta CGU.

Os trabalhos de auditoria iniciados em 2013 revelaram atos administrativos que caracterizam a ocorrência de **direcionamento nas análises de requerimentos** em que o RGPS é o regime de origem.

Com base nas análises realizadas, foi identificada a existência de ações extraordinárias – esforços concentrados, grupos de trabalho, etc. – para a análise, pelo INSS, de requerimentos de compensação financeira apresentados por entes que apresentam baixos índices de reciprocidade na análise dos requerimentos de compensação previdenciária apresentados pelo INSS.

Neste sentido, tome-se como exemplo o ocorrido com o RPPS do Estado de Santa Catarina. A análise de dados extraídos do Sistema de Concessão de Diárias e Passagens – SCDP, pertinentes ao período de jan/2009 a dez/2013, permitiu verificar que existiram ações de desrepesamento direcionadas ao Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina – IPREV nos seguintes períodos: nov/2009, set/2012, abr/2013 e nov/2013. Em relação ao período de 2009, auditoria realizada no último trimestre de 2010 (relatório nº 201108705) já questionara o INSS sobre a criação de grupo de trabalho ante a situação de desproporcionalidade no quantitativo de requerimentos analisados pelo RPPS de Santa Catarina frente ao que a autarquia, à época, já havia analisado: apenas 0,19% dos requerimentos decididos pelo RPPS de SC, ante 89,79% de requerimentos decididos pelo INSS. Em dez/2012, a situação permanecia praticamente inalterada – na verdade, o percentual de decisão de processos por parte do INSS fora ampliado, para 93,9%, enquanto o do RPPS de SC oscilava para 0,27%.



Sobre o assunto, consultas ao sítio do IPREV evidenciam notas da Assessoria de Comunicação daquele ente sobre a compensação previdenciária, em que se fala em “*recorde na obtenção de recursos para Santa Catarina*” em 2012, “*o que representou uma arrecadação de cerca de 35 milhões de reais (...), a maior arrecadação já computada pelo IPREV em matéria de Comprev*”; e que “*as frequentes idas do Governador (...) à Brasília, em visita ao Ministro da Previdência, permitiu o aumento da arrecadação na Compensação Previdenciária*” (sic).

Outro exemplo diz respeito ao RPPS do Estado do Rio Grande do Sul. Em dez/2012 o índice de requerimentos analisados pelo Estado, sendo o RGPS o regime instituidor, era de apenas 0,08% dos 8.886 processos protocolados, enquanto o INSS havia analisado 83,12% dos 92.650 requerimentos apresentados por aquele RPPS. Em jul/2013 os requerimentos apresentados pelo RGPS já somavam 8.965, sem que houvesse nenhum progresso no número de requerimentos analisados, ou seja, os mesmos 7 processos – indeferidos – de dez/2012.

Apesar disso, consta no sítio do MPS nota de imprensa de 14.8.2012 noticiando que, por decisão tomada pelo Ministro da Previdência Social, o presidente do INSS e o Secretário de Políticas de Previdência Social, seria incrementada a equipe responsável pela análise de requerimentos de compensação formulados por aquele RPPS.

De maneira semelhante, foi identificada a criação de um grupo de trabalho com três servidores para “*agilizar a análise de requerimentos de compensação previdenciária do Estado da Bahia*”, com atuação entre os dias 2.9.2013 e 13.12.2013. Consulta ao SCDP evidencia que as viagens se justificavam em razão do “*acordo com o Ministério da Previdência (25/09/2013)*”. A aprovação para duas das viagens foi dada pelo Superintendente Regional Nordeste, à época, que foi também o proponente das viagens. Também neste caso se caracteriza a falta de reciprocidade na análise dos requerimentos de uma e de outra parte: em dez/2012 o índice de requerimentos analisados pelo RPPS estadual, sendo o RGPS o regime instituidor, era de 10,66%, enquanto o INSS havia analisado 90,79% dos requerimentos apresentados por aquele RPPS.

Verifica-se também a criação de uma força-tarefa “*para aceleração na análise de processos de compensação previdenciária*” do Instituto de Previdência do Estado de Goiás – Goiásprev (abr-set/2012). Neste caso, os números relativos à reciprocidade na análise de requerimentos de uma e de outra parte não são tão díspares quanto nos outros exemplos já citados: em dez/2012 o índice de requerimentos analisados pelo RPPS estadual, sendo o RGPS o regime instituidor, era de 72,37%, enquanto o INSS havia analisado 91,73% dos requerimentos apresentados por aquele RPPS. Ainda assim, o percentual de análise de requerimentos pelo INSS é superior ao do RPPS estadual, de modo que não fazia sentido a criação da citada força-tarefa.

Destaque-se ainda a contratação, por RPPS de estados e municípios, de empresas de consultoria com alegada especialização em compensação previdenciária. Tais empresas oferecem, dentre outros, serviços de agilização da análise dos requerimentos de compensação financeira feitas pelo INSS e regularização do CRP junto ao MPS.

A esse respeito, importa destacar artigo disponível no sítio da ASB Advogados, empresa que presta serviços de assessoria e consultoria em direito público, economia e finanças públicas a administrações municipais, conforme a seguir transcrito.

“A QUESTÃO DA CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS PARA O RECEBIMENTO DA COMPENSAÇÃO FINANCEIRA DO COMPREV

Algumas empresas têm procurado Prefeitos e Institutos Municipais de Previdência oferecendo seus serviços para **‘agilizar’ o processamento dos requerimentos** de compensação financeira do COMPREV, prevista na Lei Federal 9.796 de 05/05/1999 e no Decreto Federal 3.112 de 06/07/1999.

O curioso é que **essas empresas vêm munidas de dados** sobre os valores que esses Institutos de Previdência teriam a receber do Ministério de Previdência Social, a título de compensação financeira, **dados esses que só o MPS teria condições de fornecer.**

O recebimento dos valores devidos pelo MPS **independe de qualquer intermediação** ou prestação de serviços, uma vez que os requerimentos são fornecidos pelos Institutos de Previdência, de acordo com as exigências do MPS, competindo à administração interna do MPS processar esses requerimentos até a fase de pagamento da compensação.

O próprio MPS sempre informa, através de conferencistas em congressos e seminários, sobre os Regimes Próprios de Previdência Social, que os Institutos de Previdência não devem contratar nenhuma empresa com vistas ao recebimento da compensação financeira do COMPREV e pede, inclusive, que os institutos denunciem essas empresas.

Entretanto, nota-se que servidores do MPS continuam lá dentro, fornecendo dados dos Institutos de Previdência a essas empresas marotas, municiando-as com elementos para que, as mesmas, convençam os institutos credores a contratar seus serviços pelos “módicos” honorários de 20% (vinte por cento) sobre os valores efetivamente recebidos.

Enquanto isso, poucos institutos têm conseguido receber alguns valores a título de compensação previdenciária.

E essas mesmas empresas se aproveitam dessa situação para informar que só vai receber a compensação previdenciária quem as contratar.” (grifou-se)

Nessa linha, a contratação, por entes federativos, de *“escritórios especializados em compensação previdenciária”* tem sido rebatida pelos Tribunais de Contas competentes, refutando desde o procedimento de contratação, a forma de remuneração dos serviços contratados, bem como a finalidade da contratação em si, haja vista tratar-se de *“atividade previsível e rotineira para aqueles entes possuidores de regimes próprios, não se exigindo além de um mínimo de capacitação para os servidores que a executam”*. Podem-se citar as decisões / acórdãos do TCE/SC nº 4602/2010 - município de Lages, nº 699/2010 - município de Caçador, e nº 1714/2010 - município de São José; TCE/MG Consulta nº 784.367/2009 - Rel. Cons. Licurgo.

Considere-se o exemplo do Instituto de Previdência do Estado de Goiás – Goiasprev. Em dez/2011 o citado instituto celebrou contrato com a Fundação Apolônio Salles de Desenvolvimento Educacional – FADURPE cujo objeto é a *“contratação de empresa especializada na prestação de serviços de consultoria técnica e operacional para levantamento de dados, preparação, encaminhamento e acompanhamento de processos de aposentadoria e pensão para efeito de compensação financeira previdenciária”*

entre o Goiasprev e o RGPS. O valor inicial da contratação foi de R\$ 14,8 milhões para o primeiro ano de prestação de serviços, tendo sido posteriormente aditivado em R\$ 13,5 milhões (dez/2012), e em R\$ 12,7 milhões (dez/2013). Em consulta ao portal de transparência do Governo do Estado de Goiás, o que se verifica quanto à execução desse contrato é que foram realizados pagamentos no total de R\$ 1,3 milhão e R\$ 374,9 mil – respectivamente para os exercícios de 2012 e 2013. Para o exercício de 2014, consta o empenho de R\$ 2,0 milhões (em 20.2.2014).

Chama a atenção a forma de remuneração da contratada, denominada no contrato como “*taxa de êxito*”. Trata-se de um percentual (5,66%) sobre o valor financeiro compensado mensalmente, correspondente aos requerimentos de compensação apresentados pelo Goiasprev e deferidos pelo INSS.

Consta também a contratação, pela Prefeitura de Goiânia, da empresa C.O.M. Consultoria, Organização e Metodologia Ltda., para a “*prestação de serviços de assessoria para implementação do Programa de Compensação Financeira Previdenciária - COMPREV referente a cerca de 3.084 servidores aposentados*” – Contrato nº 53/2008. O extrato do contrato, publicado em 17.6.2008 no Diário Oficial do Município, trazia que o prazo de execução seria de 18 meses, e o valor total de R\$ 9,1 milhões. A última prorrogação (5º Termo Aditivo) foi publicada no Diário Oficial no dia 15.4.2014. No período de 2010 a 2013, a execução do contrato alcançou R\$ 1,24 milhão. Mais uma vez, chama a atenção a forma de remuneração da contratada: “*(...) valor unitário de R\$ 3.000,00 (...) por processo, proporcionalmente à compensação financeira realizada pelo MPS/INSS, pelo período de até 18 (...) meses*”.

A mesma empresa retrocitada foi contratada pela Prefeitura de Novo Hamburgo / RS, para a prestação de “*serviços de consultoria para gestão administrativa / financeira e execução do programa de compensação previdenciária*” – Contrato nº 081/2010. Desde o início do contrato, já foram pagos mais de R\$ 1,56 milhão até abr/2014 – sendo 65% no exercício de 2014.

Em suma, foi evidenciado que o INSS tem atuado no sentido de dar celeridade às análises dos requerimentos de compensação previdenciária de determinados entes, inclusive com a criação de forças-tarefa com este objetivo, mesmo quando os respectivos RPPS apresentam baixos índices de reciprocidade na análise dos requerimentos de compensação previdenciária apresentados pela autarquia. Nesse contexto, a constituição das referidas forças-tarefa, além de caracterizar influência indevida no processo, vai de encontro aos normativos vigentes.

Ainda, a contratação de empresas de consultoria com alegada especialização em compensação previdenciária, pelos RPPS ou pelos respectivos entes federativos, para a execução de serviços que, em tese, deveriam ser realizados pelos próprios servidores do ente, aliada ao fato de não haver, de fato, procedimentos claros e determinados para dar fluxo às análises de requerimentos protocolados pelos RPPS nas Gerências-Executivas do INSS, propicia um cenário de risco para a interferência externa nessa etapa do processo de compensação financeira entre regimes previdenciários.



Causa

As recomendações e providências de caráter estruturante cabíveis à solução dos problemas apontados no processo gerencial de compensação previdenciária já foram ajustadas com a autarquia desde 2009; apesar disso, ainda hoje a maior parte das medidas não foi implementada. De outra forma, cabe mencionar que a implementação de recomendações relacionadas a adaptações e inovações nas funcionalidades do sistema Comprev dependeriam, ainda, do atendimento às demandas do INSS pela Dataprev, o que não vem ocorrendo. Ainda, soluções paliativas, temporárias, que, sem muito esforço institucional, poderiam ter sido adotadas, também não foram implementadas pela autarquia, ou o foram apenas no exercício de 2014, durante a realização dos trabalhos auditoriais.

O cenário descrito, aliado à morosidade na adoção das providências há tanto recomendadas pela CGU, compõe um ambiente no qual a Entidade está sujeita ao risco de intervenção indevida, dolosa ou culposa, de agentes internos e externos no processo de compensação financeira entre regimes previdenciários.

De modo pontual, podemos afirmar que deram causa às constatações apontadas no processo gerencial de compensação previdenciária os seguintes pontos:

- Controles internos inadequados ao monitoramento dos processos e procedimentos relativos à compensação previdenciária, alcançando desde a instrução e formalização dos requerimentos RI, até o pagamento no encontro mensal de contas;
- Ausência de priorização das adaptações de sistemas, e/ou em suas funcionalidades, demandadas à Dataprev, além do descumprimento de acordo de prazos por esta última;
- Intervenções indevidas no processo de compensação financeira, por meio da formação de grupos de trabalho ou mutirões visando dar celeridade na análise de requerimentos de compensação formulados por entes ou RPPS que não vêm apresentando reciprocidade neste quesito;
- Reduzido empenho da autarquia na adoção de soluções temporárias ou paliativas para combater as desconformidades detectadas;
- Resistência da autarquia em fazer uso da suspensão do fluxo mensal de pagamentos ante a falta de reciprocidade nas análises de requerimentos por parte de RPPS; e
- Intempestividade na adoção de recomendações previamente ajustadas com esta CGU.

De acordo com o Regimento Interno do INSS, compete à Diretoria de Benefícios – DIRBEN gerenciar, normatizar, orientar e uniformizar os procedimentos de compensação previdenciária, bem como estabelecer diretrizes gerais para o desenvolvimento de planos, programas e metas das atividades de compensação previdenciária. Às Superintendências Regionais – SR compete gerenciar as atividades executadas pelas unidades subordinadas, incluindo as relacionadas à compensação previdenciária, enquanto às Gerências-Executivas – GEX cabe supervisionar as Agências da Previdência Social - APS sob sua jurisdição na execução de suas atividades, incluindo a operacionalização da compensação previdenciária.



Manifestação da Unidade Examinada

Por meio do Ofício nº 233/GABPRE/INSS, de 14.4.2014, a unidade se manifestou conforme segue.

“3. O Sistema Monitor está dividido em três módulos (...).

3.3. Quanto ao Módulo de Cobrança, este tem a finalidade de realizar e acompanhar a cobrança administrativa e aplicação de multas (...).

3.3.1. Quanto às cobranças do COMPREV, referente aos valores devidos ao (...) RGPS pelos entes que não formalizaram acordo de cooperação técnica dentro do MPS, está em fase de especificação. (...)

4.1. Para atender o art. 19-A da Portaria MPAS 6.209, (...) foi elaborada Portaria Conjunta entre o (...) MPS, o (...) INSS e a (...) PGF com o objetivo de estabelecer os procedimentos para a operacionalização da Cobrança dos valores de compensação previdenciária devidos ao RGPS pelos entes que não celebraram Acordo de Cooperação Técnica.

4.2. A Portaria (...) foi analisada pela (...) PFE, pela Consultoria Jurídica do MPS, sendo devolvida a este Instituto em 14.03.2014 e encontra-se atualmente sendo concluída a sua formatação pela (...) CNAC e encaminhada em 08.04.2014 para a PGF para análise e providências (...).

4.3. Paralelamente ao andamento da portaria, visando à sistematização dos procedimentos de cobrança de valores, foram cadastradas Demandas à Dataprev sob nº 119059 e 119060, em 15.10.2010. Considerando implantação de novo sistema de registro de demandas, imposto pela Dataprev, as citadas demandas foram recadastradas sob nº DM.024271 e DM.024273, em 31.03.2014, as quais têm previsão de atendimento em 31.12.2014, conforme Ofício/DRP nº 002, de 01 de abril de 2014 (...).

4.4. Como procedimento alternativo, até que o sistema de Cobrança esteja concluído e as demandas citadas forem implementadas no sistema Comprev, foi cadastrada Demanda de extração especial sob nº DM.024325, em 01.04.2014 e enviada à Dataprev, para geração de arquivos contendo os valores devidos por cada ente federativo, a fim de proceder à cobrança de forma manual pelas Gerências-Executivas. Tal atividade implica na elaboração de ofícios e notificações de cobrança aos entes, e posterior controle de prazos de defesa e recursos que porventura sejam apresentados pelos devedores e dependendo do volume de registros a serem tratados, deverá ser elaborado plano de ação pelas Superintendências Regionais. (...)

5.1. Foi assinada Portaria Conjunta PGFN/RFB/INSS nº 01, de 21.03.2013, disciplinando os procedimentos de troca de informações (...) quando o ente/RPPS não possui (...) CND válida. Nesse sentido INSS encaminha ofício à PGFN/RFB visando constatar a existência de Débito exigível. Existindo débito os órgãos citados solicitam aos entes/RPPS autorização para utilização do crédito de compensação previdenciária na quitação dos débitos.

5.2. É importante ressaltar que os procedimentos adotados (...), previstos na Portaria acima mencionada, desde a sua implantação até a presente data apresentou-se inócuo quanto à utilização dos valores de compensação previdenciária na amortização/quitação de débitos previdenciários, por falta de autorização do ente federativo/RPPS.

5.3. Alertamos que os valores dos entes/RPPS bloqueados e encaminhados à PGFN/RFB somente serão liberados aos entes/RPPS após constatado a regularização previdenciária por meio de emissão de (...) CND ou (...) CPD-EN.

5.4. Com vistas à automatização de verificação quanto à regularidade previdenciária dos entes/RPPS, foi cadastrada demanda sob nº DM.023622, de 2014 com o objetivo de integrar o Sistema Comprev com a base da RFB a fim de verificar a existência de CND válida quando, na falta, o sistema adotará o procedimento automático de bloqueio/desbloqueio do valor do crédito. (...)

6.1. Com o objetivo de implementação, no Sistema Comprev, do dispositivo 19-B da Portaria MPAS nº 6.209, (...) que trata sobre a proporcionalidade na análise dos requerimentos de compensação previdenciária, foi cadastrada demanda à Dataprev de nº 93225, de 2009 e recadastrada no novo sistema de registro de demandas sob 012382/2013.

6.2. Considerando a relevância do tema, ficou definido, pela Dataprev, a data de 30.07.2013 para atendimento da demanda e disponibilização para homologação pelo INSS. No entanto, não houve cumprimento do compromisso pela Dataprev, sendo alterado para 12.12.2013 o atendimento, prazo este que novamente não foi cumprido.

6.3. Tendo em vista o constante adiamento no atendimento da demanda, a Presidência deste Instituto encaminhou Ofício de nº 155/PRES/INSS, (...) solicitando que fosse estabelecido novo cronograma para atendimento da demanda.

6.4. Conforme cronograma apresentado pela Dataprev por meio do Ofício nº DRD/002, (...) a demanda em comento será entregue ao INSS para homologação em 30.07.2014.

6.5. Quanto a eventual implantação de procedimentos alternativos e/ou temporários, independentemente da implementação no sistema Comprev, entendeu-se ser inviável tendo em vista a complexidade e fragilidade na operacionalização de forma manual, uma vez que a compensação previdenciária atua em aproximadamente 1.800 entes federativos. A seleção dos requerimentos para a comparação da proporcionalidade é feita com critérios estabelecidos na legislação e não estão disponíveis no Sistema Comprev, para consulta.

6.6. Quanto aos números (...) ressaltando a discrepância entre os requerimentos decididos pelo RGPS x RPPS, esclarecemos que o art. 19-B disciplina apenas a suspensão de pagamento para o credor que deixar de decidir ou decidir em quantidade proporcionalmente inferior ao decidido pelo devedor.

6.7. Independentemente da análise ou não dos requerimentos do RGPS como regime instituidor, cabe ao INSS dar cumprimento a sua obrigação regimental de operacionalização da compensação previdenciária, não possuindo respaldo legal para a suspensão na análise dos requerimentos encaminhados pelos RPPS, quando estes deixarem de decidir ou decidir em percentual menor que aqueles decididos pelo RGPS.

6.8. Ressaltamos, ainda, que todos os valores devidos a título de compensação previdenciária são devidamente atualizados pelo Índice de Reajustamento dos Benefícios de Prestação Continuada pagos pelo RGPS. (...)

7.1. Com o objetivo de implementação, no Sistema Comprev, quanto à observância do art. 5º da Portaria Interministerial 410, de 2009, que trata sobre a análise dos requerimentos de compensação previdenciária, pelas GEX, obedecendo a ordem cronológica, foi cadastrada demanda à Dataprev de nº 100665, de 2009 e recadastrada no novo sistema de registro de demandas sob DM.012358, de 2013.

7.2. Considerando a relevância do tema, ficou definido, em conjunto com a Dataprev, a data de 30.08.2013 para atendimento da demanda e disponibilização para homologação pelo INSS. No entanto, não houve cumprimento do compromisso pela Dataprev, apresentando novo cronograma para 30.07.2014, conforme consta do ofício/DRD nº 002 (...).

7.3. Quanto a eventual implantação de procedimentos alternativos e/ou temporários, independentemente da implementação do sistema Comprev, informamos que foi cadastrada Demanda de nº DM.023524, de 14.03.2014, visando à geração de relatórios mensais, pela Dataprev, contendo todos os requerimentos com status de ‘em análise’, para que a (...) DCOMP distribua às GEX para que as mesmas analisem os requerimentos na ordem cronológica apresentada no relatório. Para disciplinar os procedimentos a serem adotados pelas GEX, foi emitido o Memorando-Circular DIRBEN/INSS nº 9, de 02.04.2014. (...)

8.1. Com o objetivo de automatizar o procedimento de bloqueio/desbloqueio de pagamento dos entes federativos quanto ao Certificado de Regularidade Previdenciária, foi cadastrada demanda à Dataprev de nº 63.082, de 2008 e recadastrada no novo sistema de registro de demandas sob DM.023549, de 2013.

8.2. Conforme cronograma apresentado pela Dataprev no ofício/DRD nº 002, (...) esta demanda será disponibilizada para homologação em 30.07.2014.

8.3. Conforme já anteriormente relatados nas respostas às solicitações de Auditoria dessa Controladoria, (...) informamos que o atendimento das demandas relativas à compensação previdenciária foi postergado devido aos seguintes fatores:

- O processo de migração do Sistema Comprev para a nova plataforma;
- O prazo de garantia de 90 dias após a migração, que ocorreu em 12/2012, que impedia qualquer alteração no sistema Comprev, salvo correções de erros ocasionados pela migração;
- Falta de Contratação, segundo informação prestada pela Dataprev e ratificada no Ofício (...), de empresa para a realização das implementações solicitadas nas demandas.”

Posteriormente, por meio do Ofício nº 255/GABPRE/INSS, de 22.4.2014, a unidade encaminhou cópia do Ofício/PR/127/2014, de 16.4.2014, em que o Presidente da Dataprev apresenta ao Presidente do INSS, entre outras, as informações a seguir.

“(…) a impossibilidade de cumprimento dos prazos relacionados às demandas DM 012358 (análise de ordem cronológica – término previsto para 30/08/2013) e DM 012383 (proporcionalidade – com prazo de conclusão anteriormente estimado para 30/07/2013), deu-se pelo fato de que as datas outrora estimadas encontravam-se calcadas no contrato de prestação de serviços que a Dataprev mantinha com o Consórcio BRICON que – por sua vez – fora suspenso após inúmeros percalços ocorridos no decorrer dos trabalhos.

Neste contexto, a Dataprev, objetivando a continuidade da migração de códigos e dados, bem como a fim de minimizar os impactos no projeto, efetivou uma contratação com um novo consórcio (4BEARS/SW) fato que redundou em uma inevitável revisão dos cronogramas anteriormente estabelecidos e convergiu para a conclusão dos trabalhos no início do ano de 2014.

Em tempo, cabe registrar que todas as ações adotadas pela Dataprev, mormente as dificuldades enfrentadas e alterações de estratégias, foram informadas de modo detalhado aos órgãos de controle, destacadamente (...) TCU e (...) CGU, de modo a prezar e garantir total transparência ao processo.

Informe-se, ainda, que a Dataprev ciente da urgência na execução das demandas (inevitavelmente) represadas ao longo deste processo de migração, já iniciou as tratativas com o consórcio 4BEARS/SW de modo a propiciar maior agilidade e consistência aos trabalhos por meio de um apoio especializado.”

Ainda, por meio do Ofício nº 394/GABPRE/INSS, de 11.6.2014, a unidade encaminhou o Ofício/SECE/207/2014, de 5.6.2014, em que a Dataprev esclarece que *“o processo para contratação de apoio especializado encontra-se em vias de conclusão, com previsão de assinatura do contrato até 13 de junho de 2014”*.

Análise do Controle Interno

De modo geral, a manifestação da unidade confirma os fatos apontados.

Em relação à **falta de cobrança** dos valores devidos ao RGPS pelos RPPS, em decorrência da falta de **celebração de convênio** entre o MPS e o RPPS, chama a atenção que o instrumento apontado pela autarquia como necessário para operacionalizar a cobrança de valores devidos por entes que não celebraram convênio com o MPS, o módulo de cobrança do sistema Monitor, ainda está em fase de especificação, e nem mesmo foi informada a data prevista para sua implementação, após 5 anos da emissão das recomendações desta CGU. Ainda, apenas em abr/2014, após questionamentos feitos pela equipe de auditoria, foram tomadas providências para a viabilização das cobranças “*de forma manual*”, até que uma solução automatizada seja implementada. Cabe ressaltar que, conforme sua manifestação, a unidade já vislumbra os desafios a serem vencidos pelas GEX e pelas SR para implementação da solução alternativa – sem, no entanto, se antecipar as estas questões (quando, como, e o quê, exatamente, comporia o aludido plano de ação).

No tocante às **contribuições previdenciárias** devidas pelos entes não estavam sendo devidamente descontadas quando do processo de compensação financeira, releva ressaltar que apenas em 2014 a autarquia cadastrou demanda junto à Dataprev com o objetivo de integrar o sistema Comprev com os sistemas da SRFB e PGFN, visando à automatização dos procedimentos de verificação, e desconto de débitos previdenciários dos entes junto ao RGPS quando do processo de compensação financeira entre regimes previdenciários, bem como de bloqueio de pagamentos para entes sem CND válida. De outra forma, a integração do sistema Comprev com o sistema Cadprev, visando evitar a necessidade de indicação mensal, de forma manual, da existência de CRP para pagamento da compensação financeira, apesar de demandada à Dataprev desde 2008, até hoje não foi concretizada, após reiteradas prorrogações de prazo. As providências para a viabilização dos procedimentos normatizados “*de forma manual*”, até que uma solução automatizada seja implementada, foram concretizadas em mar/2013, após 4 anos da emissão das recomendações.

No que pertine à ausência de **critérios para a seleção dos requerimentos** de compensação financeira encaminhados pelos RPPS para análise pelo instituto, novamente se verifica que as alterações necessárias no sistema Comprev para a automatização dos procedimentos normatizados, apesar de demandadas desde 2009, até hoje não foram implementadas, após 5 anos da emissão das recomendações e reiteradas prorrogações de prazo. Ainda, apenas em mar/2014, após questionamentos feitos pela equipe de auditoria, foram tomadas providências para a viabilização da implementação dos critérios de análise “*de forma manual*”, até que a solução automatizada seja implementada. Cabe ressaltar o baixíssimo grau de complexidade de tais medidas, que consistem, basicamente, na emissão de listagens de requerimentos com status “em análise” ordenados por data de apresentação do requerimento, para cada GEX.



Com relação à **falta de reciprocidade** na análise dos requerimentos de compensação financeira entre o RGPS e os RPPS, mais uma vez chama a atenção que o instrumento apontado pela autarquia como necessário para operacionalizar o bloqueio de pagamentos nos casos de ausência de reciprocidade, apesar de demandada à Dataprev desde 2008, até hoje não foi concretizada, após reiteradas prorrogações de prazo, após 5 anos da emissão das recomendações desta CGU.

Quanto a providências para a viabilização da apuração dos índices de reciprocidade e bloqueio de pagamentos “*de forma manual*”, até que a solução automatizada seja implementada, a unidade entende que seria inviável, “*tendo em vista a complexidade e fragilidade na operacionalização de forma manual, uma vez que a compensação previdenciária atua em aproximadamente 1.800 entes federativos*”. Os argumentos apresentados, porém, não inviabilizam a implementação de tais medidas. Hoje, o bloqueio de pagamentos relativos à compensação previdenciária por falta de CND ou CRP válidos para o ente federativo/RPPS vem sendo realizado de forma manual no próprio Sistema Comprev, na sede do INSS. A funcionalidade oferece condições para que também o bloqueio de pagamento por falta de reciprocidade seja controlado do mesmo modo. Portanto, há uma opção de controle que pode perfeitamente ser utilizada para esse fim. Contudo, a ação de bloqueio por falta das Certidões surge com base numa consulta aos Sistemas da Receita Federal e do MPS – CND e CRP, respectivamente. No caso da reciprocidade, esta fonte seria um relatório gerencial dos dados de quantitativos de requerimentos “decididos” e “em análise” (por decidir) que, se não está previsto nas funcionalidades do sistema Comprev, pode ser demandado direta e rotineiramente à Dataprev – de modo similar ao que agora está sendo feito com as listagens de requerimentos em ordem cronológica.

Também merece reflexão a afirmação dos gestores da autarquia de que “*independentemente da análise ou não dos requerimentos do RGPS como regime instituidor, cabe ao INSS dar cumprimento a sua obrigação regimental de operacionalização da compensação previdenciária, não possuindo respaldo legal para a suspensão da análise de requerimentos encaminhados pelo RPPS quando estes decidirem em quantidade menor que aqueles decididos pelo RGPS*”. A norma que orienta o assunto é o artigo 19-B da Portaria MPAS nº 6.209/1999, alterada pela Portaria MPS nº 287/2009. O comando é expresso:

“Art. 19-B. O repasse do **fluxo mensal de compensação financeira** entre regimes poderá ser **suspenso** quando o credor deixar de decidir ou decidir processos em quantidade proporcionalmente inferior aos decididos pelo devedor, considerando-se os requerimentos protocolados há mais de noventa dias.” (grifou-se)

Não há qualquer ilegalidade na suspensão do pagamento. Quanto a suspender ou não as análises, essa é uma decisão que cabe tão somente à autarquia, e sobre a qual não cabem interferências. No entanto, a questão vai além: o INSS está realizando pagamentos a entes federativos que são, de fato, devedores do RGPS, caracterizando uma **arriscada e temerária gestão financeira** dos recursos do Fundo do RGPS. Relembre-se que em jul/2013 o INSS havia decidido 81% dos requerimentos de compensação apresentados



pelos RPPS, enquanto estes haviam decidido apenas 36% dos requerimentos apresentados pelo instituto.

A desproporção observada nos quantitativos de requerimentos analisados de uma e outra parte, além de ensejar a suspensão dos pagamentos por parte do INSS, também deveria inibir qualquer ação dentro da autarquia objetivando dar celeridade ou prioridade nas análises dos requerimentos de compensação formulados pela maioria dos RPPS dos estados, por exemplo. Há ainda mais contrariedade quando tais ações visam beneficiar regimes próprios que sequer analisaram 10% dos requerimentos do RGPS na condição de regime instituidor de benefícios, como é o caso, conforme já citado, dos estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, evidenciando que não há coerência técnica nos critérios utilizados para se priorizar esse ou aquele regime próprio nas análises de requerimentos.

A contratação de empresas de consultoria com alegada especialização em compensação previdenciária por entes responsáveis por RPPS, para a execução de serviços que, em tese, deveriam ser realizados pelos próprios servidores do ente, aliada ao fato de não haver procedimentos claros e determinados para dar fluxo às análises de requerimentos protocolados pelos RPPS nas Gerências-Executivas do INSS, completa o cenário de alto risco para a interferência externa nessa etapa do processo de compensação financeira entre regimes previdenciários.

Além disso, registre-se que, com base nos fatos descritos, restou caracterizada morosidade na adoção das providências há tanto recomendadas pela CGU, causando forte efeito negativo sobre o processo de compensação financeira entre regimes previdenciários. O contexto apresentado compõe um ambiente no qual a Entidade está sujeita ao risco de intervenção indevida, dolosa ou culposa, de agentes internos e externos no processo de compensação financeira entre regimes previdenciários.

Assim, após a reunião de busca conjunta de soluções, realizada em 11.7.2014, os gestores do INSS deram início à execução de procedimento no sentido de assegurar-se da não existência de elementos indicadores da ocorrência concreta de prejuízo (materialidade) e de indícios de autoria, com previsão de conclusão até dez/2014, e, caso os referidos elementos venham a ser identificados, comprometeram-se a adotar as medidas cabíveis para apuração de responsabilidades.

Ainda, no sentido de aumentar a transparência e a governança do instituto sobre a atividade de compensação previdenciária, seria adequado estabelecer mecanismos de monitoramento e medição de desempenho a ela relacionados.

Recomendações:

Recomendação 1: Instituir regramento estabelecendo: (a) que qualquer ação que venha a constituir-se em exceção à regra segundo a qual os requerimentos de compensação previdenciária apresentados pelos RPPS devem ser analisados, em cada GEX, observando-se a ordem cronológica de apresentação (Portaria Interministerial MPS/MF nº 410/2009) só pode ser realizada por expressa determinação do Presidente do INSS; e (b) sanções administrativas para o caso de descumprimento do citado regramento. (Prazo: 30.9.2014)



Recomendação 2: Instituir indicadores de gestão institucional pertinentes às atividades de compensação previdenciária, tanto na condição de regime de origem quanto na de regime instituidor de benefício, abrangendo, no mínimo, o indeferimento de requerimentos e a reciprocidade na análise dos requerimentos apresentados pelo RGPS e pelos RPPS. (Prazo: 31.12.2014)

1.3 FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DESCENTRALIZADAS DA PREVIDENCIA SOCIAL

1.3.1 CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

1.3.1.1 INFORMAÇÃO

PAGAMENTO POR SERVIÇOS NÃO PRESTADOS, NO VALOR DE R\$ 61 MIL MENSAIS, E SEM APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO CONTRATUAL OBRIGATÓRIA

Fato

Da análise dos pagamentos efetuados no âmbito do contrato nº 12/2013, firmado pela GEXDF em 17.9.2013 com a empresa Thork Empreendimentos Ltda., CNPJ nº 08.862.985/0001-76, no valor mensal de R\$ 237.074,08, e anual de R\$ 2.844.889,00, cujo objeto é a “*contratação de serviço de limpeza, e conservação, com fornecimento de materiais, incluindo serviço de jazeiros, em regime de empreitada por preço global, para atender a Gerencia Executiva do INSS em Brasília-DF e demais Unidades sub sua jurisdição, bem como à Procuradoria Regional Brasília, à Auditoria Regional e ao CRPS*”, verificou-se que o número de serventes alocados na prestação dos serviços era insuficiente para a prestação dos serviços de limpeza da área total contratualmente prevista, considerando os índices de produtividade contratualmente fixados.

Verificou-se que a soma das áreas abrangidas pelo contrato de prestação de serviços de limpeza e conservação alcança 55.530m² (33.600m² para área interna salubre; 6.930m² para área interna insalubre; e 15.000m² para área externa). Com o número de serventes disponibilizado pela contratada, e considerando-se os índices de produtividade contratualmente fixados, conclui-se que uma área de aproximadamente 14.808m² (27% do total) não estava sendo limpa mensalmente no âmbito do contrato nº 12/2013 – o que equivale a cerca de R\$ 61 mil mensais; desta forma, foram identificados prejuízos na ordem de R\$ 230 mil já nos primeiros quatro meses de execução contratual.

Ademais, solicitada a apresentação dos registros de frequência (folhas de ponto) dos serventes alocados na prestação dos serviços, a GEX-DF encaminhou apenas registros relativos a 11 serventes para os meses de set e out/2013. Para os dois meses seguintes, foram encaminhados registros relativos a 65 e 63 serventes, respectivamente.

Verificou-se ainda, no referido processo de pagamento, a inexistência, em todas as faturas apresentadas pela empresa contratada, do Relatório Mensal dos Serviços Executados, um dos documentos previstos no contrato nº 12/2013, como condicionante



para a efetivação dos pagamentos, conforme item a.4) da Cláusula Décima Segunda – “Da Liquidação e do pagamento” do instrumento contratual.

Por fim, no tocante aos comprovantes da realização de exames admissionais, documentos também condicionantes para a efetivação dos pagamentos, de acordo com o item a.5.7 da Cláusula Décima Segunda do contrato nº 12/2013, foram apresentados pela empresa contratada apenas 25 exames de serventes alocados no contrato, sendo todos os exames apresentados datados de 10.3.2014, quando o contrato nº 12/2013 foi celebrado em 17.9.2013.

Em suas manifestações, os gestores da GEXDF confirmaram o pagamento por serviços não prestados, ou seja, a empresa contratada incluiu no faturamento unidades que não haviam recebido ainda os respectivos serviços de limpeza, e a GEX-DF efetuou, impropriamente, o pagamento integral das faturas, pelos valores totais previstos contratualmente para os casos em que todas as unidades estivessem recebendo os serviços de limpeza normalmente, e de acordo. Além do expresso descumprimento do parágrafo sétimo da Cláusula Décima Segunda do contrato nº 12/2013, que define: “*As notas fiscais/faturas serão obrigatoriamente atestadas pelo servidor do INSS designado para acompanhar e fiscalizar os serviços, desde que os mesmos tenham sido executados a contento, sem o que não poderá ser feito o pagamento correspondente*” (grifo nosso), tal fato denota graves falhas na fiscalização da execução dos serviços por parte do gestor do contrato nº 12/2013.

Vale ressaltar que o Manual de Procedimentos e Rotinas de Gestão de Contratos do INSS, elaborado pela Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística – DIROFL traz, especificamente para os serviços de limpeza e conservação, no seu item 17.10, o seguinte comando: “*Nos casos de eventuais serviços não executados, será promovido o desconto proporcional às áreas não limpas, sem prejuízo das demais sanções, adotando-se o seguinte procedimento: multiplica-se o valor do m² pela área não limpa, divide-se o valor encontrado por 30 (trinta) dias e multiplica-se pela quantidade de dias de serviços não executados. (...)*” (grifou-se).

Cumprе salientar que, além das unidades que não receberam os serviços de limpeza, ainda há os casos das unidades em que o número de serventes alocados informados pela contratada é insuficiente para a prestação dos serviços de limpeza da área total contratualmente prevista, considerando os índices de produtividade fixados na avença, e os valores pagos pela GEXDF foram os totais previstos contratualmente. Essas ocorrências também merecem um estudo criterioso por parte dos gestores do contrato, objetivando levantar o total pago indevidamente no âmbito do contrato em comento.

Percebe-se que muito da impropriedade relatada deveu-se à não apresentação, por parte da empresa contratada, e à cobrança intempestiva, por parte da GEXDF, do Relatório Mensal dos Serviços Executados, documento contratual de apresentação obrigatória antes da realização de qualquer pagamento, que deveria demonstrar, inequivocamente, em quais unidades do INSS os serviços foram prestados e com que abrangência, ou seja, quais os postos de serviço efetivamente disponibilizados.

Verificou-se que a solicitação desse Relatório Mensal, por parte da GEXDF, mencionada pelos gestores, foi formalizada por meio do Ofício nº 11/LOG/ADM/GEXDF, encaminhado pela Sra. Gestora do Contrato e pelo Chefe do Serviço de Administração à empresa contratada somente em 27.11.2013, após dois meses de faturamento (setembro e outubro de 2013) e que, desde então, a empresa não foi provocada novamente para cumprir com essa obrigação contratual, após mais quatro meses de faturamento (novembro e dezembro de 2013 e janeiro e fevereiro de 2014). O fato constatado demonstra intempestividade na atuação dos gestores do contrato.

Outra demonstração de intempestividade de atuação por parte da GEXDF diante do descumprimento de cláusulas contratuais pela empresa contratada refere-se aos exames médicos admissionais, previstos no instrumento como documentação de apresentação obrigatória para a efetivação dos pagamentos. Restou comprovado pela data dos exames apresentados, 10.3.2014, que durante os seis primeiros meses de faturamento, a empresa não cumpriu com a obrigação contratual imposta na Cláusula Décima Segunda da avença e, quando cumpriu, o fez parcialmente, apresentando apenas os exames referentes a apenas 25 serventes. Mesmo diante desse quadro, não houve cobrança da documentação por parte dos gestores da GEXDF.

Vale esclarecer que a situação em que a empresa contratada deixar de cumprir quaisquer dos itens do edital e seus anexos equivale a uma infração de grau 01, sendo a reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, infração de grau 02, conforme a Tabela 1 constante da alínea a do inciso III da Cláusula Décima Quinta do contrato nº 12/2013. Essas infrações correspondem, respectivamente, a multas de 0,2% e 0,4% por dia sobre o valor mensal do contrato.

Diante dos fatos apontados, foi acordada a adoção das seguintes providências:

- Realizar levantamento detalhado, em todas as unidades constantes do contrato nº 12/2013, acerca dos serviços de limpeza que foram efetivamente prestados pela contratada em comparação com a previsão contratual, e cotejar com os pagamentos realizados pela GEX-DF, a fim de se proceder à devolução ao erário dos valores pagos por serviços não realizados.
- Realizar levantamento detalhado no âmbito do contrato nº 12/2013, das cláusulas contratuais não atendidas pela empresa contratada, mormente no tocante a apresentação de documentação condicionante a pagamentos, desde a data da celebração, e aplicar as devidas penalidades previstas contratualmente.

1.4 SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE DADOS DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

1.4.1 SISTEMA DE INFORMAÇÕES OPERACIONAIS

1.4.1.1 CONSTATAÇÃO

FALHAS NA EXECUÇÃO DO CONTRATO COM A DATAPREV, IMPACTANDO AS ATIVIDADES FINALÍSTICAS DO INSS

Fato

Os exames realizados sobre a execução do Contrato nº 106/2012, celebrado entre o INSS e a Dataprev para a prestação de serviços de tecnologia da informação, revelaram falhas na execução e fiscalização contratual.

Primeiramente, com relação à **qualidade dos serviços prestados**, verificou-se que, embora esteja estabelecido um Acordo de Níveis de Serviço – ANS para o objeto contratado, a apuração do desempenho dos serviços prestados é realizada pela própria contratada. O instituto não dispõe de ferramentas que lhe permitam apurar, nem mesmo conferir os níveis de serviço apresentados pela contratada. Desta forma, é evidente o risco de que os serviços não estejam sendo prestados na qualidade contratada.

O item 3 do Anexo 10.4 do Contrato 106/2012 afirma que “*entende-se por Acordo de Nível de Serviço ou ANS, o tempo de disponibilidade do sistema nas unidades descentralizadas do CONTRATANTE associado com a satisfação do usuário*”. Adicionalmente, o item 6.1 do mesmo Anexo informa que “*o serviço será considerado indisponível quando não permitir a execução das funcionalidades previstas para o serviço pelos usuários finais nas APS, dentro do índice de disponibilidade acordado neste Nível Mínimo de Serviço. Para efeito de multas, serão considerados os períodos de não atendimento da disponibilidade mínima estipulada*”.

Ainda, o item 6.2 diz que a “*indisponibilidade será medida a partir do início de uma interrupção total do serviço registrada na Central de Serviço e comprovada na gerência/supervisão da CONTRATADA ou quando esta Empresa comunicar ao INSS, o que ocorrer primeiro, até o restabelecimento do serviço ou sistema as condições normais de operação só serão considerados no cálculo da disponibilidade os incidentes devidamente registrados na Central de Serviço pelos usuários e comprovados pelas equipes técnicas da Dataprev. Estes registros serão usados como referência para apuração dos tempos de interrupção dos serviços*”.

Apesar do exposto, corroboram o fato de que o INSS não é capaz de, efetivamente, atestar os níveis de serviço apresentados pela contratada as informações constantes de ofícios encaminhados pela Diretoria de Atendimento – DIRAT à Dataprev a respeito da recorrência de incidentes que impactam negativamente nas atividades fins da autarquia.

No Ofício nº 47 DIRAT/INSS, de 23.8.2013, a DIRAT apresentou sua insatisfação pela recorrência de incidentes nos sistemas corporativos do INSS, principalmente devido à elevação do número de chamados referentes à indisponibilidade de sistemas. Foi destacado o aumento dos incidentes decorrentes da indisponibilidade, inconsistência, instabilidade e lentidão de sistemas, sobretudo em relação ao SIBE que, segundo a apuração da DIRAT, foi impactado em um total de 59 horas dos diversos tipos de incidentes durante o período de 1 a 21.8.2013.

Já no Ofício nº 51 DIRAT/INSS, de 1.10.2013, a DIRAT informou que o atendimento da autarquia continuava sendo prejudicado devido à recorrência de incidentes nos sistemas corporativos do INSS, com destaque para problemas com o CNIS e o SIBE. A DIRAT ressaltou que em set/2013 foram identificadas 20 ocorrências para o SIBE,



totalizando 1.944 minutos de incidentes, e 28 ocorrências para o CNIS, contabilizando 10.213 minutos com incidentes.

A despeito da insatisfação da área de negócio em determinados momentos do exercício, até o presente momento, a Dataprev não esteve sujeita a nenhum desconto pelo descumprimento dos níveis de serviços, afinal, em todos os Relatórios de Níveis de Serviço do ano de 2013, aferidos pela empresa e não devidamente conferidos pelo INSS, os níveis mínimos estipulados foram superados.

Registre-se ainda que, conforme o item 6.2.6 do Anexo 10.4, o acompanhamento do cumprimento das metas de disponibilidade é realizado por amostragem, somente em um subconjunto de 50 Agências da Previdência Social - APS pré-selecionadas pelo INSS; desta forma, apenas os casos de não atendimento da meta estabelecida no ANS para disponibilidade dos sistemas nas APS da amostra motivam a aplicação de penalidades.

A Cláusula Décima do contrato afirma que:

“A Dataprev ficará sujeita a aplicação das seguintes penalidades, garantida a prévia defesa, por inexecução total ou parcial do Contrato, sem prejuízo dos descontos por descumprimento dos níveis de serviços contratados;

A. Na ocorrência de atraso injustificado na execução do objeto, assim considerado pelo CONTRATANTE, hipótese em que responderá pela inexecução parcial ou total do contrato, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

I. Advertência;

II. Advertência no caso de descumprimento de um nível de serviço por 3 (três) meses subsequentes ou 5 (cinco) alternados;

III. Multa de:

a. Multa de 1,0 % (um por cento) do valor mensal do ITEM, excluídas as penalidades das aplicações abrangidas pelo ANS;

b. Sobre o valor da multa, prevista no item anterior, incidirão o valor correspondente a correção monetária de acordo com a variação "pro rata tempore" de 6% ao ano, até o efetivo pagamento, que serão descontados de pagamento devido, através da Administração, ou cobrados judicialmente.

c. As multas aplicadas após regular processo administrativo serão descontadas dos pagamentos devidos.

B. O não cumprimento dos níveis acordados no Acordo de Nível de Serviço, contido no Anexo 10.4 do Projeto Básico, ensejará nas sanções previstas no respectivo documento.”

Todavia, observa-se que, apesar da existência de sanções para o atraso injustificado na execução do objeto, sanções não necessariamente devidas à indisponibilidade de sistemas, não se observou a aplicação de qualquer tipo de penalidade durante o período contratual.

Destaca-se que esta questão foi abordada no relatório de auditoria anual de contas do exercício de 2012 (relatório nº 201305680), quando foi apontada a ocorrência de atrasos significativos nos projetos dos sistemas CNIS e SIBE, os quais estavam diretamente relacionados à deficiência da Dataprev em fornecer infraestrutura tecnológica, recursos humanos e entregáveis adequados aos projetos. Inclusive, os Relatórios de Gestão do INSS referentes aos exercícios de 2010 e 2011 também apontaram a existência de tais

atrasos nos cronogramas de desenvolvimento destes sistemas, conforme trecho do Relatório de Gestão do INSS para o exercício de 2010:

“Portal CNIS

Não foi atingida a meta de implantar 100% do Portal do CNIS por problemas de infraestrutura tecnológica de responsabilidade da Dataprev, e não por falta de atribuições. (...)

Portal SIBE

Informação de Situação: Em novembro de 2010, considerando o cenário de atraso nos cronogramas das entregas do SIBE, pela Dataprev, foi proposta pela Diretoria de Benefícios, a alteração da meta prevista originalmente no Plano de Ação, para 58%.”

E do Relatório de Gestão do INSS para o exercício de 2011:

“Portal CNIS

Informação de Situação: Dos 26 produtos e funcionalidades previstas para serem desenvolvidas em 2011, a fim de melhorar a alimentação do CNIS visando aumentar a sua consistência, foram concluídos 9, restando 9 pendentes, 7 concluídos parcialmente, pelas razões abaixo expostas: (...)

- instabilidade do sistema, gerada pela falta de infraestrutura, que resulta na impossibilidade de desativação total do sistema legado de atualização da pessoa física – CADPF, envolvendo 100 Gerências-Executivas, existentes no país, apenas 7 Gerências-Executivas que abrigam 5 estados, tiveram seu desligamento total, totalizando 123 Agências da Previdência Social.

- pelos constantes atrasos da Dataprev – DTP na entrega dos produtos (correção dos defeitos e atendimento às melhorias acima referidas) para homologação pelo INSS; (...)

Portal SIBE

Informação de Situação: Em 2011, houve a implantação do piloto do SIBE em 2 (duas) Agências da Previdência Social, Anápolis/GO e em Santana do Livramento/RS. Não foram contempladas todas as 5 Agências previstas para o piloto em virtude do atraso na entrega do referido sistema. Os trabalhos iniciaram para atender os Benefícios de Prestação Continuada – BPC, e está previsto a conclusão do desenvolvimento e implantação para os Benefícios por Incapacidade – BI, contudo esta ação está atrelada diretamente a estabilidade do sistema CNIS.”

É importante salientar que o projeto SIBE, atualmente, encontra-se somente com o módulo referente a Benefícios de Prestação Continuada / Lei Orgânica da Assistência Social – BPC/LOAS implementado. Os módulos restantes, entre os quais os de Benefícios por Incapacidade – BI, Aposentadoria por Idade e Monitor, apesar de terem sua conclusão inicialmente prevista para o exercício de 2008, ainda não foram completamente implementados devido, entre outros fatores, a atrasos no processo de desenvolvimento dos sistemas, de falhas nos processos de homologação, bem como na realização das implantações piloto.

No tocante ao Portal CNIS, em 2012 houve a conclusão do módulo CNIS-PF, com a disponibilização do novo portal CNIS em todas as agências do instituto. Da forma como ocorreu com o projeto SIBE, houve atrasos nas entregas de produtos pela Dataprev que prejudicaram o cumprimento do cronograma previsto e, conseqüentemente, comprometeram a melhoria do processo de concessão e manutenção de benefícios aos cidadãos.

Diante deste cenário, destaca-se a previsão do item 8 do Anexo 10.4, que afirma que “o *Acordo de Nível de Serviço, poderá ser revisto após 1 (um) ano da assinatura do Contrato, caso ainda não tenha sido revisto ou 1 (um) ano da última revisão do Acordo. Após apresentação pela CONTRATADA de ferramenta de medição de tempo de Resposta, este ANS poderá ser revisto desde que já tenha passado o interstício de 1 (um) ano da Assinatura do Contrato. Este Acordo de Nível de Serviço, poderá ser revisto após a adoção de Ferramenta de Gestão de Projetos e Portfólios*”.

Outra fragilidade verificada diz respeito ao **controle de demandas** à Dataprev. De acordo com o Anexo 10.4 do Contrato nº 106/2012, a Dataprev e o INSS deverão disponibilizar solução compartilhada de gerenciamento dos projetos de software que permita minimamente:

- Acompanhamento de todas as fases do projeto através da web;
- Disponibilização de relatórios consolidados dos projetos:
 - Por fase de execução;
 - Indicando projetos com prazos não atendidos dentro dos parâmetros definidos.
- Indicativos de pendência por demanda;
- Sistemática de alertas para as áreas envolvidas nos projetos, a saber: demandantes, CGTI e áreas executoras da CONTRATADA;
- Mecanismos de aceite e homologação automáticos por fase de execução;
- Instrumentos de suspensão de demanda em função de ajustes no nível de priorização pelo demandante.

Todavia, destaca-se a inadequação dos procedimentos de gestão de demandas feitas à Dataprev. Atualmente, a ferramenta de gestão de demandas em uso, denominada Clarity, não é capaz de atender à previsão contratual. Solicitado a apresentar informações detalhadas sobre o histórico de atendimento às demandas relativas a alguns dos principais sistemas finalísticos, o órgão encaminhou relatório com as informações atualmente disponíveis no Clarity. Da análise dessas informações, observa-se que a ferramenta não possui todas as informações de prazos conforme previsto no Quadro XII - Fases de Desenvolvimento e Manutenção de Sistemas, Responsável e Tempo do Acordo de Nível de Serviços, do Anexo 10.4 do contrato.

Conforme informação apresentada pela CGTI, melhorias na ferramenta têm sido implementadas, objetivando a obtenção de informações gerenciais para a adequada tomada de decisões. O monitoramento da respectiva implementação está sendo realizado no âmbito do Plano de Providências Permanente. Em seu atual estágio, a ferramenta Clarity tem demandas cadastradas que nem sempre apresentam em seu título a identificação do sistema ao qual se referem, prejudicando a extração das demandas por sistema. Tal situação é devida ao fato de que na implementação inicial do Clarity não foi previsto o campo específico para registro do sistema vinculado à demanda. Somente no início de 2014 foi implementada tal funcionalidade, dessa forma, somente demandas cadastradas a partir desse período possuem tal informação.

O gerenciamento de demandas é fundamental para gerir estratégicas requisições originadas pelas áreas de negócio do INSS, permitindo a adequada priorização dos projetos. Se realizado de forma eficiente, o gerenciamento reduz custos e minimiza os

problemas existentes entre as áreas de negócio, os demandantes e a área de TI, os executores. Neste contexto, com o atual estágio da ferramenta Clarity, a autarquia permanece com dificuldades na definição das prioridades de execução das demandas. Registre-se que a inadequação do processo de gerenciamento de demandas foi identificada pela CGU na avaliação da gestão do INSS nos exercícios de 2010, 2011 e 2012, e, como visto, o problema ainda permanece impactando negativamente a gestão do instituto.

Ainda, verificou-se que permanece o **pagamento** por serviços de extração BI, de tratamento de informação BI e de resultado de apuração especial, todos vinculados a **consultas a bases de dados** da autarquia. No relatório de Auditoria Anual de Contas 2012 foi recomendado que a autarquia passasse a ter acesso às suas bases de dados para manuseá-las conforme as suas necessidades (recomendação 5 do item 1.1.2.6 do relatório nº 201305680).

A previsão inicial de contratação está conforme a tabela a seguir, elaborada a partir do Anexo 10.5 do Contrato nº 106/2012:

Tabela 19 – Serviços de extração e tratamento de dados – previsão contratual

Grupo de Serviço	Tipo	Valor Contratado (R\$)
Tratamento de Informações BI	1	143.542,80
	2	95.693,04
Resultado de Apuração Especial - RAE	1	380.224,80
	2	114.067,56
	3	190.112,76
Extração BI	1	481.352,40
	2	64.180,44
	3	96.270,60
TOTAL		1.565.444,40

Da análise dos documentos constantes nos volumes do processo de pagamentos nº 35000.00961/2012-41, referente ao exercício de 2013, verificou-se a documentação comprobatória para o faturamento dos citados serviços, conforme gráficos a seguir.

Gráfico 01 – Serviços de extração e tratamento de dados – faturamento 2013 por tipo

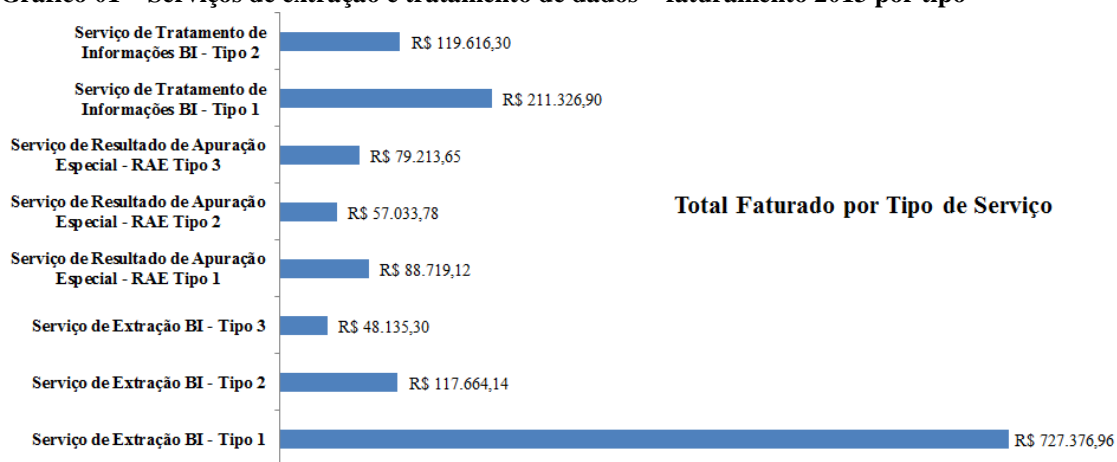
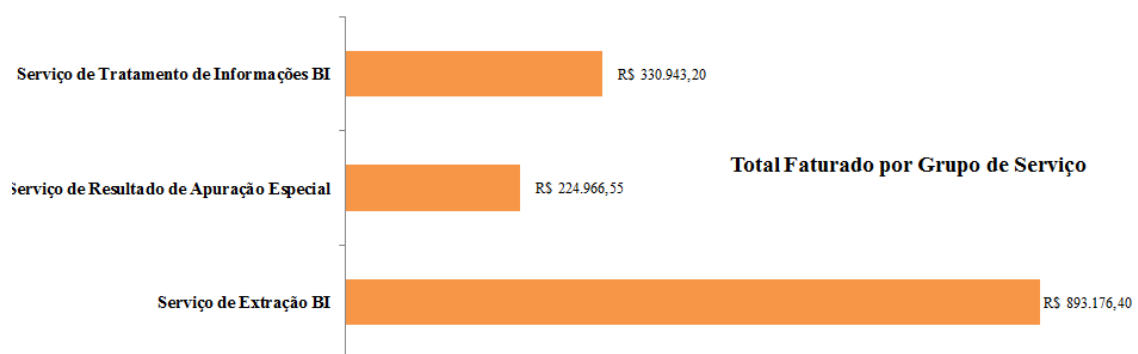


Gráfico 02 – Serviços de extração e tratamento de dados – faturamento 2013 por grupo



Assim, observou-se um faturamento total para esses três grupos de serviço, todos dependentes de acesso à base de dados de propriedade da autarquia, no valor de R\$ 1.449.086,15, de um total previsto de R\$ 1.565.444,40.

Causa

No que diz respeito à qualidade dos serviços prestados, a causa para os fatos apontados tem relação com a ineficiência da metodologia de apuração em proporcionar uma avaliação e um monitoramento mais efetivo da qualidade, e com a falta de aplicação de sanções contratualmente previstas.

Em relação ao controle de demandas, as causas para os fatos relatados estão relacionadas à ausência de efetivos controles internos na ferramenta de gestão de demandas que garantam o cumprimento do cronograma previsto para atendimento destas, conforme estabelecido no contrato.

No tocante aos serviços de extração de dados, a causa refere-se à inexistência de competência da autarquia para gerir a sua própria base de dados conforme as suas necessidades.

De acordo com o Regimento Interno do INSS, compete à Coordenação-Geral de Tecnologia da Informação – CGTI: assegurar a disponibilidade de recursos tecnológicos necessários aos serviços prestados aos usuários; gerenciar planos, programas e ações relativos à TI, no âmbito do INSS, em articulação com o MPS e com a Dataprev, de acordo com as diretrizes de modernização da Previdência Social; coordenar as atividades de prospecção de TIC, e de seleção de produtos tecnológicos de mercado para atendimento das necessidades do INSS; coordenar e supervisionar, em articulação com as áreas, a implantação, utilização e modernização dos sistemas corporativos, e o controle e avaliação do desempenho da rede de dados; e coordenar e propor ações de segurança da informação no âmbito do INSS.

Manifestação da Unidade Examinada

Na Solicitação de Auditoria – SA nº 201406276-07, de 12.5.2014, foi solicitado à autarquia, em relação à gestão de suas demandas junto à Dataprev, que apresentasse: (a) o seu fluxo de solicitação, gerenciamento e execução; (b) dados sobre o histórico de atendimento de todas as demandas relativas aos sistemas SIBE, CNIS, Comprev, Monitor e SIRC, contendo, no mínimo: identificação do contrato; identificação da demanda; data da demanda; data de atendimento inicialmente prevista; data(s) de atendimento prorrogada(s); motivo(s) da(s) prorrogação(ões); e data de efetivo atendimento. O prazo para atendimento da SA foi estabelecido para 16.5.2014, porém foi solicitada, pelo Órgão, a ampliação deste prazo, sob a alegação de que, para o atendimento da SA, seriam necessárias não somente as informações disponíveis no sistema de controle de demandas (Clarity), mas também informações apresentadas pelos gerentes de conta da Dataprev, a respeito dos cronogramas de atendimento das demandas referente aos sistemas solicitados, haja vista o Clarity não possuir todos os dados solicitados na SA.

Por meio do Ofício nº 330 GABPRE/INSS, a autarquia se manifestou da seguinte forma:

“2 Conforme e-mail encaminhado no dia 20/05/2014, cópia em anexo, para atendimento por completo das solicitações exauridas na referida SA, será necessário um levantamento manual de algumas informações por parte de trabalho interno na Dataprev, tendo em vista que o sistema gestão de demandas não dispõe de todas as informações solicitadas.

3 Por isso, encaminhamos neste despacho, informações relativas ao fluxo de solicitação, gerenciamento e atendimento das demandas e informações das mesmas as quais foi possível ser extraídas do sistema de gestão - Clarity.

4 Ressaltamos que as informações contidas nos arquivos das demandas referentes aos sistemas SIBE, CNIS, Comprev, Monitor e SIRC, não estão completas, estando na dependência do levantamento interno que a Dataprev está promovendo no sentido de atender a referida SA.

5 Desta forma, em resposta ao item ‘a’, segue em anexo, fluxograma do processo solicitação, gerenciamento e execução das demandas, no anexo I.

6 Referente o item ‘b’, segue em anexo relatório com as informações extraídas do site Clarity, as quais serão contempladas com o trabalho interno mencionado no item 4.

7 Informamos que os anexos foram encaminhados via por meio eletrônico à CGD, conforme solicitação na referida SA.

8 Registre-se que, devido os fatos apresentados no e-mail citado no item 2 com relação registro dos dados na ferramenta, com o trabalho de levantamento das demais informações para complementação da resposta, é possível que outras demandas sejam apresentadas quando da conclusão do referido trabalho, tendo em vista que pelos filtros utilizados, não é possível extrair todos os registros das demandas do sistema Clarity.”

Em relação ao pagamento por serviços vinculados a consultas a bases de dados, bem como à recomendação 5 do item 1.1.2.6 do relatório nº 201305680 (acesso às bases de



dados para manuseá-las conforme as necessidades no instituto), a manifestação do gestor foi a seguinte:

“O PDTI prevê dois projetos com esta finalidade. O Desenvolvimento de Sistemas, onde está prevista a criação de um ambiente de desenvolvimento, que contempla ferramenta de gestão da documentação de sistemas próprios e dos desenvolvidos pela Dataprev. O projeto Sistema Estratégicos Gerenciais, prevê a criação de um ambiente de informações gerenciais, cujas ferramentas e solução de acesso a dados serão compartilhados entre o INSS e a Dataprev para fins de desenvolvimento de soluções, ficando o acesso propriamente dito condicionado à política de gestão de acesso . Até a efetivação destes projetos, o acesso se dá por meio de solicitação específica ou pelo uso das ferramentas de informações estratégicas gerenciais atualmente disponíveis. (...)

Providências a serem Implementadas: Disponibilizar ambiente de desenvolvimento de sistemas no INSS e desenvolver nova geração de ferramentas estratégicas gerenciais, observando-se o previsto no PDTI.

Prazo de Atendimento: 30/12/2015.”

Análise do Controle Interno

No tocante à gestão de demandas, frente à ausência das informações gerenciais que deveriam ser providas pelo Clarity, para apresentação das informações solicitadas acerca do histórico de atendimento às demandas relativas a alguns dos principais sistemas finalísticos, a autarquia informou que complementar as informações atualmente disponíveis com o levantamento dos demais dados solicitados, tais como: data de atendimento prorrogada; motivo(s) da(s) prorrogações e data de efetivo atendimento. Frente ao exposto, verificou-se que o instituto não detém o efetivo controle do processo de atendimento das demandas, fato que vem prejudicando o processo de priorização das demandas. Segundo informações apresentadas no âmbito do acompanhamento do Plano de Providências Permanente - PPP, a autarquia tem a expectativa de que o processo de gestão de demandas via Clarity esteja efetivamente implementado junto às suas áreas de negócio até 30.8.2014.

Destaca-se que um dos motivos para o atraso reiterado na implementação dos sistemas é a deficiência da gestão de demandas por parte da Dataprev, fato este motivador de recomendações apontadas pela CGU em trabalhos anteriores e monitoradas por meio do PPP. A reincidência nos atrasos vem impactando negativamente a atividade fim do INSS, a despeito de ainda não ter havido qualquer tipo de penalidade à empresa pelo descumprimento do contrato. A esse respeito, cabe registrar que, durante a realização da Auditoria Anual de Contas aqui relatada, foram iniciadas providências no sentido da aplicação de tais penalidades, especificamente no tocante ao não cumprimento dos prazos estabelecidos para a entrega de produtos relacionados ao sistema de compensação previdenciária.

Em relação aos serviços vinculados a consultas às bases de dados da autarquia, a CGTI informou que o PDTI previu a criação de um ambiente de desenvolvimento que contemplará uma ferramenta de gestão da documentação de sistemas próprios e dos sistemas desenvolvidos pela Dataprev. Ainda no PDTI, o projeto Sistemas Estratégicos

Gerenciais prevê a criação de um ambiente de informações gerenciais, cujas ferramentas e solução de acesso a dados serão compartilhados entre a autarquia e a contratada, ficando o acesso condicionado à política de gestão de acesso. A disponibilização do ambiente de desenvolvimento de sistemas no INSS e o desenvolvimento da nova geração de ferramentas estratégicas gerenciais estão previstos para ser concluídos até 31.12.2015.

Caso a ferramenta já existisse, seria desnecessário o pagamento por tais serviços de extração, resultando em um benefício econômico de aproximadamente R\$ 1,5 milhão por ano. Além da economia de recursos financeiros, destacam-se outros benefícios a serem auferidos, caso a recomendação já tivesse sido implementada, tais como a economia do tempo despendido entre o cadastramento da demanda e o seu atendimento, e também a diminuição do tamanho da fila de demandas a serem atendidas. Para fins de ilustração, o valor total faturado, conforme a verificação dos volumes do processo de pagamentos, correspondeu a 32 faturas de Ordens de Serviço. Diante da intempestividade no atendimento da recomendação e como o contrato em comento terá vigência até 21.6.2015, podendo ser prorrogado por meio de termo aditivo em conformidade com o inciso II, do artigo 57, da Lei 8.666/1993, observa-se que a autarquia continuará pagando por um serviço cuja governança poderia estar sob sua responsabilidade.

Com referência aos incidentes e aos níveis de serviço, cabe ressaltar que a IN SLTI/MP nº 02/2008 define o ANS como um ajuste escrito, anexo ao contrato, entre o provedor de serviços e o órgão contratante, que define, em bases compreensíveis, tangíveis, objetivamente observáveis e comprováveis, os níveis esperados de qualidade da prestação do serviço e respectivas adequações de pagamento. Ainda, no Levantamento acerca da Governança de Tecnologia da Informação na Administração Pública Federal, o Ministro Benjamin Zymler, do Tribunal de Contas da União- TCU, afirma que *“a prestação de um bom serviço para os cidadãos é, em última instância, o negócio de toda instituição pública. A definição do que é um ‘bom serviço’, sintonizando as expectativas dos clientes com a oferta, é exatamente o que constitui um acordo de nível de serviço”*.

No que diz respeito ao informado pelo Ofício nº 47 DIRAT/INSS, apesar deste documento não ter segregado o tempo de ocorrência dos incidentes entre indisponibilidade, inconsistência, instabilidade e lentidão, fato que prejudica a comparação entre o apurado pela Diretoria e o informado pela Dataprev no Relatório de Apuração do Nível de Serviço do período em questão, percebe-se uma grande inconsistência entre as duas fontes de informação, haja vista o Relatório de Gerenciamento de Níveis de Serviço – Contrato Dataprev INSS – Agosto/2013 ter informado que o Portal SIBE teve 100% de disponibilidade, enquanto a DIRAT afirma que atividade fim do INSS foi bastante prejudicada no período pela baixa confiabilidade nos sistemas.

O Relatório de Gerenciamento de Níveis de Serviço – Contrato Dataprev INSS – Setembro/2013, cujo período de apuração foi de 15.8.2013 a 14.9.2013, informou que os sistemas do serviço de apoio ao CNIS, CNIS-VRCE e CNIS-PF tiveram



disponibilidade superior a 99,75%, e o SIBE, 100% de disponibilidade. Já o Relatório de Gerenciamento de Níveis de Serviço – Contrato Dataprev INSS – Outubro/2013, cujo período de apuração foi de 15.9.2013 a 14.10.2013, informou que os sistemas CNIS tiveram disponibilidade superior a 99,80%, e o SIBE, 100% de disponibilidade. Todos os índices apurados nos dois relatórios foram superiores à disponibilidade mínima estipulada no contrato, todavia, tal apuração não reflete a dificuldade que a área fim da autarquia tem apresentado no exercício da sua atividade, conforme informações apresentadas no Ofício nº 51 DIRAT/INSS.

A despeito de a Dataprev afirmar que a disponibilidade dos sistemas está em conformidade com o contratado, da avaliação dos ofícios percebe-se que o Nível de Serviço não está associado com a satisfação do usuário, conforme prevê o item 3 do Anexo 10.4. Dessa forma, fica evidente que a metodologia de monitoramento do nível de serviço não contribui para a efetividade da atividade da área fim da autarquia, impactando na qualidade do serviço prestado ao segurado do INSS.

O contrato definiu que os níveis mínimos de serviço deveriam possuir como métricas de qualidade, entre outras, a disponibilidade e o desempenho. A partir dessas variáveis foi definido o Nível Mínimo de Serviço por Desempenho e Disponibilidade (NMSD). Entretanto, analisando os Relatórios de Gerenciamento de Níveis de Serviço do exercício de 2013, elaborados pela Dataprev, observou-se que somente a mensuração da disponibilidade dos sistemas foi aferida. A análise do desempenho dos mesmos, apesar de prevista no contrato, ainda não está sendo aferida. Assim, a não medição do desempenho impacta diretamente na satisfação dos usuários dos sistemas informatizados, fazendo com que a simples informação de disponibilidade dos sistemas não seja suficiente para refletir a qualidade do serviço prestado pela Dataprev ao INSS, pois incidentes como instabilidade e lentidão dos sistemas também prejudicam a atividade fim.

Também é de se destacar a inadequabilidade da atual métrica de apuração dos índices do ANS, haja vista o fato de que avaliar a disponibilidade dos sistemas em 50 APS tem uma representatividade inferior a 5% do total de agências do país. Consequentemente, da forma como continuam sendo aferidos os níveis de serviço, a hipótese de sanção à Dataprev pelo descumprimento contratual, bem como a possibilidade de glosa, resta prejudicada, já que os sistemas envolvidos na versão inicial do ANS, em somente 50 agências, durante o exercício de 2013, sempre tiveram índices de disponibilidade acima do mínimo estipulado, em que pese haver a insatisfação do usuário final em diversos momentos do exercício, quanto à eficiência dos sistemas como um todo.

Apesar da previsão contratual, até o presente momento as partes responsáveis não revisaram o ANS a fim de que o mesmo proporcione uma avaliação e um monitoramento mais eficaz da qualidade do serviço prestado.

Neste contexto, o instituto está promovendo a contratação de um serviço de monitoramento das redes lógicas das unidades da autarquia, visando melhor subsidiar a avaliação da qualidade dos serviços prestados pela contratada. A expectativa é que a

licitação seja concluída no segundo semestre de 2014, com início da prestação do serviço no primeiro semestre de 2015.

Recomendações:

Recomendação 1: Realizar levantamento das ocorrências de atrasos e descumprimentos de prazos no desenvolvimento de sistemas pela Dataprev, e aplicar as penalidades contratuais previstas para as ocorrências de atraso injustificado na execução do objeto. (Prazo: 31.12.2014)

1.5 RECONHECIMENTO DE DIREITOS DE BENEFÍCIOS

PREVIDENCIÁRIOS

1.5.1 DIÁRIAS

1.5.1.1 CONSTATAÇÃO

PAGAMENTO DE DIÁRIAS DE FORMA CONTINUADA

Fato

No exercício de 2013 as despesas com diárias pagas a servidores do INSS alcançaram 51,7 milhões, dos quais cerca de 40% correspondem à Ação 2591 – Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários.

Com o intuito de avaliar a regularidade do pagamento de diárias no instituto, foi realizada extração de dados da base do Portal do Observatório da Despesa Pública – ODP, oriundas do Sistema de Concessão de Diárias e Passagens – SCDP, referente ao exercício de 2013, na qual se verificou o pagamento de 259.657 diárias, para 9.430 servidores, perfazendo um total de R\$ 49.721.612,55.

Verificou-se que 1.863 servidores – 20% do total – receberam mais de 40 diárias no exercício, situação caracterizada na legislação como hipótese de exceção. Ainda, identificou-se que 91 servidores receberam 180 diárias ou mais durante o ano 2013, totalizando 20.341 diárias pagas em um total de R\$ 4.037.440,80. Desses servidores, 40 também receberam 180 diárias ou mais no exercício de 2012, conforme consulta ao Portal ODP.

No caso mais extremo, um servidor recebeu 329 diárias em 2013 – o que, considerando-se o tempo de afastamento por férias e recesso natalino, significa que tal servidor recebeu diárias para praticamente todos os dias trabalhados. Ainda, considerando como referência 226 dias úteis (256 dias úteis em 2013, menos 30 dias de férias), verifica-se que esta quantidade de diárias foi excedida por 18 servidores.

Estes fatos caracterizam o recebimento de diárias de forma continuada, desvirtuando a natureza desta indenização, de caráter eventual ou transitório.



Causa

Insuficiência de servidores capacitados para exercer determinadas atividades que, atualmente, têm demandado o pagamento de diárias em caráter de continuidade, bem como ausência de um contingente suficiente de servidores aptos e dispostos a realizar deslocamentos, quando necessário.

Destaque-se que a autoridade proponente, a autoridade concedente, o ordenador de despesas e o servidor que houver recebido as diárias respondem solidariamente pelos atos praticados em desacordo com os regulamentos dispostos.

Manifestação da Unidade Examinada

Por meio da Solicitação de Auditoria – SA nº 201406276-11, de 27.5.2014, foram solicitadas justificativas para o pagamento contínuo de diárias para os 40 servidores que receberam 180 diárias ou mais nos exercícios de 2012 e 2013, bem como os motivos e evidências documentais correspondentes. Em resposta, o INSS se manifestou por meio dos Ofícios nºs 355, 375, 382, 384, 423 e 430/GABPRE/INSS.

O Ofício nº 355 GABPRE/INSS, de 2.6.2014, afirmou que o pagamento contínuo de diárias para três servidores foi devido à sua participação no Grupo de Trabalho – GT do projeto de reestruturação dos sistemas CNIS e SIBE, ferramentas essenciais ao funcionamento das Agências da Previdência Social e, conseqüentemente, ao bom atendimento da população. A portaria de designação dos servidores foi apresentada anexa ao Ofício.

Por sua vez, o Ofício nº 375/GABPRE/INSS, de 5.6.2014, apresentou a portaria que tratou da designação de quatro servidores para participarem de atividades referentes ao projeto MOB/CMOBEN – Monitoramento Operacional de Benefícios, bem como de atividades nas Unidades de Atendimento Móveis (Prevmóvel). A principal justificativa para o pagamento contínuo de diárias aos servidores citados no Ofício foi a carência de pessoal disponível para execução das atividades que demandam viagens frequentes.

No Ofício nº 382/GABPRE/INSS, de 6.6.2014, foi apresentada a Portaria GM/MPS nº 104, de 7.3.2011, que em seu artigo 2º trata da delegação de competência para autorização de despesas relativas a diárias ao Presidente do INSS, entre outros. Foi também encaminhado um DVD contendo as portarias de designação de servidores para o cumprimento de atividades relativas à participação, na maioria dos casos, em Comissão de Processo Administrativo Disciplinar – PAD para apuração de fatos e irregularidades em processos da autarquia. Um total de 23 servidores teve o pagamento contínuo de diárias nos exercícios de 2012 e 2013 com a finalidade de participação em tais atividades de correição. A esse respeito, foi informado que a Corregedoria-Geral, *“primando pelo cuidado para com seus servidores, evita, na medida do possível, designar servidores da própria localidade para integrarem comissões nas localidades onde são deflagradas Operações da Força Tarefa Previdenciária, no intuito de preservar o servidor e sua família”*.



No Ofício nº 384/GABPRE/INSS, de 9.6.2014, a Diretoria de Atendimento – DIRAT esclareceu o pagamento contínuo de diárias a um servidor, especialista em Tecnologia da Informação, convocado para atividades referentes ao GT de desenvolvimento e aprimoramento dos Sistemas Sala de Monitoramento e Supervisão, e destaca que o desenvolvimento destas ferramentas com a utilização de servidores do próprio quadro do INSS representou grande economia de recursos se comparada ao custo de uma contratação externa.

No Ofício nº 399/GABPRE/INSS, de 11.6.2014, as Superintendências Regionais Nordeste e Norte/Centro-Oeste apresentaram justificativas para o pagamento contínuo do total de diárias de 4 servidores que desempenhavam atividades nessas Superintendências, tais como: fiscalização de obras em Gerência Executiva - GEX e Agência da Previdência Social - APS; auxílio na elaboração de termos de referência e editais em GEX e APS com carência de pessoal especializado; e transporte oficial de servidores.

Ainda, no Ofício nº 423/GABPRE/INSS, de 18.6.2014, a Coordenação-Geral de Tecnologia da Informação – CGTI apresentou justificativas para o pagamento contínuo de diárias de 2 servidores convocados para trabalhar no desenvolvimento do Sistema de Processo Eletrônico de Recursos de Benefícios da Previdência Social – e-Recursos.

Por fim, no Ofício nº 430/GABPRE/INSS, de 20.6.2014, a Chefe da Divisão de Suporte à Presidência apresentou justificativas para o pagamento contínuo de diárias a um servidor lotado na Seção de Recursos Humanos da GEX RJ-Centro, convocado para trabalhar em Brasília *“em decorrência de sua habilidade e agilidade nos processos de cotação de preços de passagens aéreas e conhecimento do SCDP, com o objetivo de contribuir para o atendimento da expressiva demanda direcionada ao SGCONV”*.

Análise do Controle Interno

Preliminarmente, destaque-se o que a Lei nº 8.112, de 11.12.1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, estabelece sobre o recebimento de diárias, em seu art. 58.

“Art. 58. O servidor que, a serviço, se afastar da sede em **caráter eventual ou transitório**, para outro ponto do território nacional, fará jus a passagens e diárias, para cobrir as despesas de pousada, alimentação e locomoção urbana.” (grifou-se)

Verifica-se, portanto, que se trata de indenização de caráter eventual ou transitório. Tanto é assim que o Decreto nº 7.689, de 2.3.2012, que estabelece, no âmbito do Poder Executivo Federal, limites e instâncias de governança para a contratação de bens e serviços e para a realização de gastos com diárias e passagens, trata a concessão de mais de 40 diárias em um mesmo exercício, para um mesmo servidor, como hipótese de exceção.

“Art. 7º Somente os ministros de Estado poderão autorizar despesas com diárias e passagens referentes a:

I - deslocamentos de servidores ou militares por prazo superior a dez dias contínuos;



II - **mais de quarenta diárias** intercaladas por servidor no ano;

III - deslocamentos de mais de dez pessoas para o mesmo evento; e

IV - deslocamentos para o exterior, com ônus.

§ 1º Nos casos dos incisos I, II e III do caput, a competência poderá ser delegada ao secretário-executivo, a autoridade equivalente, ou aos dirigentes máximos das entidades vinculadas, **vedada a subdelegação**, salvo na hipótese do § 8º.” (grifou-se)

No caso do MPS, verifica-se que a Portaria GM/MPS nº 104, de 7.3.2011, em seu artigo 2º, permite a delegação desta competência ao Secretário-Executivo, ao Presidente do INSS e ao Diretor-Superintendente da Previc. Tal competência delegada não poderá ser subdelegada, ressalvada a hipótese de deslocamentos que exijam a manutenção de sigilo, caso em que poderão ser subdelegadas aos dirigentes máximos das unidades diretamente subordinadas aos ministros de Estado, das unidades regionais dos ministérios e das entidades vinculadas, ou aos chefes de unidades responsáveis pelo deslocamento, conforme § 8º do art. 7º do Decreto nº 7.689/2012.

Acerca das manifestações dos gestores sobre o pagamento contínuo de diárias para os 40 servidores que receberam 180 diárias ou mais nos exercícios de 2012 e 2013, destaque-se que para 38 servidores foram apresentados os motivos e evidências documentais necessárias, tais como as portarias que os designaram para o desempenho da função que motivou o seu deslocamento, expedidas pelos responsáveis competentes conforme exigência do art. 7º, inciso II, do Decreto nº 7.689/2012. Para um dos servidores, a justificativa apresentada informou razões para o pagamento de diárias somente em relação ao exercício de 2012, apesar de, em 2013, tal servidor ter recebido diárias em aproximadamente 90% do ano. Para um dos servidores foram afirmados os motivos, porém não foram apresentadas as respectivas evidências documentais.

No tocante aos 23 servidores da Corregedoria-Geral (57,5% da amostra de 40 servidores que receberam 180 diárias ou mais nos exercícios de 2012 e 2013), a autarquia afirma que evita a designação de servidores para integrarem comissões de PAD ou sindicância cujos trabalhos se realizarão no local de lotação dos servidores processantes. Tal procedimento vai ao encontro do apresentado como boa prática no Manual de Processo Administrativo Disciplinar da CGU, porquanto prestigia a imparcialidade dos membros da comissão.

No que diz respeito aos demais servidores da amostra, observa-se, nas manifestações dos gestores, que boa parte das justificativas para o deslocamento contínuo ou permanência dos servidores em localidades distintas da sua lotação real residiu na falta de pessoal qualificado para desempenhar a função requerida ou na inexistência de contingente disposto a empreender contínuas viagens.

Ressalte-se que cerca de 40% do total de despesas com diárias pagas a servidores do INSS foi alocado na ação orçamentária 2591 – Reconhecimento de Direitos de Benefícios Previdenciários, responsável pela execução de indicadores de desempenho do Plano de Ação, incluindo a implantação dos novos sistemas de benefícios. Segundo informado pela própria autarquia no Relatório de Gestão 2013, em virtude do

contingenciamento orçamentário ocorrido em agosto foi suspensa a especificação do escopo da aposentadoria por idade do SIBE, tendo sido reduzida a equipe convocada, e as homologações referentes ao benefício por incapacidade passaram a ser efetuadas remotamente, pelos servidores que realizavam esta tarefa no âmbito da Diretoria de Benefícios, na sua lotação de origem.

Releva ressaltar o caso de um servidor, lotado na Seção de Recursos Humanos da GEX RJ-Centro, que vem sendo convocado para trabalhar continuamente na Sede do INSS em Brasília, desempenhando suas atividades no Serviço de Gerenciamento de Convocação – SGCONV, entre as quais: realizar cotações de preços e viabilizar emissões de passagens aéreas, suporte técnico aos usuários do SCDP, reembolso de valores relativos a bilhetes aéreos não utilizados e conferência de faturas da agência de viagens contratada. Apesar da justificativa apresentada para sua convocação, “*em decorrência de sua habilidade e agilidade nos processos de cotação de preços de passagens aéreas e conhecimento do SCDP*”, tais atividades não possuem grau de complexidade que justifique o custo de deslocamento de um servidor para a sua realização. O citado servidor recebeu valores a título de diárias que somaram R\$ 53 mil e R\$ 56 mil nos exercícios de 2012 e 2013, respectivamente. Nos últimos cinco exercícios (2009 a 2013), foram R\$ 257 mil – R\$ 51 mil anuais, em média.

Após a sinalização do fato pela CGU, foi informado, na reunião de busca conjunta de soluções, realizada em 11.7.2014, que a autarquia providenciou a correção da situação, substituindo o citado servidor por outro lotado na própria Sede.

Assim, registre-se que, com base nos fatos descritos, o contexto apresentado indica possível existência de prejuízos financeiros, na medida em que, ao menos em um caso, houve o pagamento de diárias de forma continuada, por mais de 5 anos, sem justificativa plausível.

Assim, os gestores do INSS se comprometeram a adotar procedimento no sentido de investigar a possível existência de elementos indicadores da ocorrência concreta de prejuízo (materialidade) e de indícios de autoria, e, caso os referidos elementos sejam identificados, adotar as medidas cabíveis para apuração de responsabilidades.

Diante do exposto, percebe-se que a autarquia deveria atuar no sentido identificar, capacitar e promover um maior número de servidores para exercer as atividades que mais têm demandado o pagamento de diárias, de forma que não haja a necessidade de permanência dos servidores por grandes períodos em determinada localidade e que não seja necessário um número pequeno de servidores responsáveis por um grande número de viagens.

Como o pagamento de diárias em um montante superior a 40 é uma hipótese de exceção, percebe-se que a autarquia tem recorrido, nos exercícios de 2012 e 2013, a essa prática e, portanto, não tem tomado providências para minimizar o fato apontado.

Recomendações:

Recomendação 1: Identificar as atividades que, nos últimos exercícios, mais têm demandado o pagamento de diárias, e capacitar em tais atividades o número necessário de servidores lotados nas localidades em que o seu desempenho é demandado, de forma que não haja a necessidade de permanência de servidores em localidades diversas de suas lotações por grandes períodos. (Prazo: 31.12.2014)

