

Relatório de Auditoria Anual de Contas



Presidência da República

Controladoria-Geral da União

Secretaria Federal de Controle Interno

Unidade Auditada: INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Exercício: 2015

Município: Brasília - DF

Relatório nº: 201601412

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

Análise Gerencial

Senhor Coordenador-Geral,

Em atendimento à determinação contida na Ordem de Serviço n.º 201601412, e consoante o estabelecido na Seção III, Capítulo VII da Instrução Normativa SFC n.º 01, de 06/04/2001, apresentamos os resultados dos exames realizados sobre a prestação de contas anual apresentada pelo Instituto Nacional do Seguro Social.

1. Introdução

Os trabalhos de campo foram realizados no período de 2.5.2016 a 01.07.2016, 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. Registre-se que nenhuma restrição foi imposta à realização dos exames.

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.

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 **04.02.2016**, entre SFC/DP/CGPREV - Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Previdência Social e a Secretaria de Controle Externo da Previdência, Trabalho e Assistência Social do Tribunal de Contas da União (TCU), foram efetuadas as seguintes análises:



2.1 Avaliação da Conformidade das Peças

Na análise dos conteúdos constantes no Relatório de Gestão do INSS referente à prestação de contas do exercício de 2015, verificou-se que, à exceção das informações referentes à **Execução física e financeira da Ação 116V**, constam os dados exigidos na Portaria TCU nº 321/2015.

As informações referentes à referida Ação encontram-se no item 4.1.1.2 da segunda parte deste relatório.

2.2 Avaliação dos Resultados Quantitativos e Qualitativos da Gestão

Em 2015 o INSS executou 20 Ações Governamentais. Dessas, 3 foram responsáveis por R\$ 430,5 bilhões, ou 99,56% da execução financeira total realizada pela autarquia. A tabela a seguir detalha os valores das dotações finais e das despesas empenhadas dessas Ações:

GESTÃO - FRGPS			
Programa 2061 – Previdência Básica			
Ação 009W - Compensação Previdenciária			
Meta	Dotação Final (em R\$ bi)	Despesas Empenhada (em R\$ bi)	Execução/Previsão (%)
Financeira	1.765.585.490	1.765.585.490	100
Ação 0E81 - Benefícios Previdenciários Urbanos			
Meta	Dotação Final (em R\$ bi)	Despesas Empenhada (em R\$ bi)	Execução/Previsão (%)
Financeira	332.935.097.744	332.933.747.653	99,9
Ação 0E82 - Benefícios Previdenciários Rurais			
Meta	Dotação Final (em R\$ bi)	Despesas Empenhada (em R\$ bi)	Execução/Previsão (%)
Financeira	95.883.424.983	95.883.422.478	99,9

Fonte: Sistema SIOP

Comparativamente ao exercício de 2014, observa-se um incremento de aproximadamente 9,58% nos valores executados em 2015. A diferença ocorreu em razão dos reajustes dos benefícios em 2015, em especial daqueles vinculados ao salário mínimo.

Na avaliação da execução das referidas Ações, a equipe de auditoria identificou falhas e/ou inconsistências que comprometeram os seus resultados qualitativos.

Com relação à compensação previdenciária, conforme tratado no item 1.1.1.1 do relatório, evidenciou-se que o INSS deixa de compensar, anualmente, o valor estimado de R\$ 686 milhões com os Regimes Próprios. Essa situação ocorre por três razões: falta de priorização das atividades do Comprev, baixa qualidade nos requerimentos encaminhados aos regimes próprios e problemas na migração dos dados do Sistema Prisma para a base de candidatos elegíveis a compensação previdenciária.

No que se refere à execução das Ações de Pagamento de Benefícios de Aposentadoria e Pensão, urbanos e rurais, verificou-se que situações já apontadas em relatórios de auditoria anteriores permanecem impactando negativamente na gestão, a exemplo das fragilidades no processo de cobrança administrativa. Sob essa questão, apresentada no item 1.2.1.5 do relatório, apesar dos esforços dos gestores, permanece a situação de desconhecimento dos valores a serem cobrados dos agentes pagadores, bem como elevado “estoque” de registros de indícios de irregularidades que precisam ser analisados e, se for o caso, encaminhados para cobrança.

Ademais, a partir dos trabalhos de auditoria realizados de forma compartilhada com a Auditoria Interna do INSS ao longo do exercício de 2015, conforme contido nos itens



1.2.1.1, 1.2.1.2, 1.2.1.3, 1.2.1.4, foram constatadas as seguintes fragilidades na gestão do pagamento de benefícios por incapacidade:

- **Supervisão inadequada das atividades médico periciais:** com base na consolidação de auditorias realizados em 57 Gerências Executivas do INSS, identificou-se que, a despeito de 615 (24%) dos peritos médicos estarem alocados em atividades complementares à agenda ou de supervisão, em 63% (36) das GEX o Plano de Trabalho Anual – PAA do Serviço de Saúde do Trabalhador - SST é mera formalidade e não é efetivamente monitorado; em 65% das GEX (37) não foram realizadas as avaliações dos Laudos de Perícia Médica - LPM; em 63% das GEX (36) não foram feitas as análises dos pareceres do Controle Operacional – CO e em 70% das GEX (40), as reuniões técnicas, nas quais são tratados, dentre outros, os elementos dos LPM identificados como inconsistentes, não estão ocorrendo.

- **Pagamento de benefícios por incapacidade por um período superior ao estimado para recuperação da capacidade laboral:** No mês de maio de 2015 foram pagos R\$ 1,8 bilhão a 1,6 milhões de beneficiários e desses: 721 mil benefícios estavam em manutenção há mais de dois anos, destes, 500 mil benefícios, o equivalente a R\$ 536 milhões, foram concedidos/reactivados judicialmente e estavam na situação em que a perícia foi realizada há mais de dois anos ou o mesmo foi concedido sem perícia médica, o que corresponde ao valor de R\$ 6,9 bilhões no período de um ano.

Como resultado dos trabalhos realizados pela equipe de auditoria, até maio de 2016 haviam sido revisados e cessados 34 mil benefícios por incapacidade (auxílio doença e aposentadoria por invalidez) de longa duração. Foram cessados 29 mil benefícios de auxílio doença e 5 mil de aposentadoria por invalidez. Assumindo um valor médio de R\$ 1.144, a cessação dos benefícios gerou uma economia estimada anual de R\$ 505 milhões.

2.3 Avaliação dos Indicadores de Gestão

Para esse assunto, tratado no item 2.1.1.1 deste relatório, foram selecionados os indicadores relativos ao “Fluxo do Processo do Reconhecimento do Direito”, vinculados ao Plano de Ação para 2015, quais sejam TMEA-PM; TMAA-PM; TMEA; TMAA; IRES e TMD. A escolha se deu em virtude do impacto dos resultados aferidos por esses indicadores na efetiva prestação de atendimento aos segurados do INSS.

Verificou-se que, à exceção do IRES, nenhum dos indicadores avaliados atingiu a meta pactuada em 2015. No comparativo entre os resultados obtidos em 2015 com exercícios anteriores, verificou-se piora em todos os indicadores que medem o tempo de atendimento (TMEA/PM, TMAA/PM, TMEA e TMAA).

Dentre os elementos que impactaram o atingimento dos resultados pretendidos, merece destaque o movimento de paralisação dos servidores da autarquia. Os analistas e técnicos do seguro social fizeram greve no período de 7.7.2015 a 25.9.2015 e os peritos médicos no período de 9.9.2015 a 22.1.2016.

Em que pese essa situação, verificou-se a efetiva utilização pelos gestores do INSS dos indicadores vinculados ao reconhecimento inicial do direito como ferramenta de gestão, e como elemento do processo de tomada de decisão.



2.4 Avaliação da Gestão de Pessoas

Com relação aos atos afetos à gestão de pessoas, o escopo de auditoria do presente trabalho compreendeu a avaliação das medidas adotadas pela Unidade no que se refere às fragilidades apontadas por esta CGU na gestão da folha de pagamento da autarquia, bem como no processo de seleção de gerentes.

Conforme detalhado no item 5.1.1.1 da segunda parte deste relatório, foram adotadas medidas que contribuíram para a melhoria do processo de seleção de gestores, bem como no aprimoramento dos controles de gestão de cadastros.

Além desses assuntos, foi aplicado um questionário avaliativo ao dirigente máximo da área de gestão de pessoas, resultando na identificação de boas práticas e oportunidades de melhorias.

2.5 Avaliação da Gestão de Compras e Contratações

A análise do processo de contratações do INSS compreendeu a avaliação das etapas de planejamento da contratação, seleção do fornecedor e execução contratual.

O escopo contemplou contratações realizadas pelo Órgão Central, pela Superintendência Regional Norte/Centro-Oeste e por sete Gerências Executivas.

Como resultado, foram identificadas inconsistências, em especial na etapa de fiscalização contratual.

Após a realização de reuniões de busca conjunta de soluções com os gerentes executivos, foram acordadas 44 recomendações com prazo de atendimento até o final de 2016.

Em que pesem as falhas pontuais identificadas na avaliação dos contratos geridos pelas Unidades Descentralizadas, verificou-se o esforço dos níveis estratégicos da instituição em proporcionar os instrumentos necessários à gestão contratual, conforme detalhado no item 3.1.1.1 da segunda parte deste relatório.

2.6 Avaliação da Gestão de Tecnologia da Informação

Em relação à área de Tecnologia da Informação - TI, verificou-se que, apesar das medidas adotadas pelo gestor, permanecem pendentes de atendimento 16 recomendações referentes às contas de 2012, registradas no Relatório nº 201305680.

As pendências referem-se à necessidade de ajustes na governança de TI, em especial no que se refere à segurança da informação e à relação contratual com a Dataprev, principalmente quanto ao desenvolvimento de sistemas departamentais.

Nesse sentido, a partir da análise dos termos acordados no novo contrato firmado com a Dataprev em 2016, verificou-se que não foram atendidas as recomendações da CGU, bem como não foram acatadas as sugestões propostas pelo Grupo de Revisão quanto a transparência de preços e revisão de obrigações contratuais.

No item 4.1.1.1 deste relatório são apresentados os detalhes da avaliação realizada pela equipe de auditoria.



2.7 Avaliação da Gestão do Patrimônio Imobiliário

Na análise da gestão patrimonial do INSS no exercício de 2015 observou-se a ocorrência de diversas inadequações e a permanência da situação identificada em exercícios anteriores referente à ocupação irregular de imóveis da autarquia e/ou do FRGPS.

Conforme detalhado no item 6.1.1.1 da segunda parte deste relatório, as inadequações identificadas têm como consequência a impossibilidade de alienação de imóveis que não são utilizados para fins operacionais, gerando perda de arrecadação aos cofres públicos, assim como prejuízos pela ausência de cobrança de taxas de ocupação.

Dessa forma, constatou-se uma piora na situação identificada pela equipe de auditoria na avaliação da gestão do patrimônio imobiliário do Instituto em exercícios anteriores comparativamente aos atos de gestão praticados no decorrer do exercício de 2015.

2.8 Avaliação dos Controles Internos - Demonstrações Contábeis

A avaliação dos controles internos referentes às demonstrações contábeis contemplou a análise da execução do pagamento de benefícios, em especial no que se refere ao processo de receita da folha junto aos agentes pagadores, bem como dos registros contábeis resultantes das operações geradas nesse processo.

Com relação aos contratos de remuneração da folha, firmados com os bancos, verificou-se a ausência da adoção de medidas previstas no fluxo do processo de cobrança e em normativos que regem a matéria, relativos ao acerto de contas e à receita da folha, resultando, somente no período de janeiro a dezembro de 2015, no valor de R\$ 150.420.620,65 pendentes de pagamento ao INSS.

No tocante aos registros contábeis, constatou-se que as diferenças entre o valor líquido a ser repassado aos agentes pagadores e os valores das despesas com benefícios administrados pelo INSS no nível de detalhamento de Conta Contábil, ou seja, de escrituração contábil, são registradas indevidamente como dedução do elemento de despesa *Pagamento de Benefício por Tempo de Contribuição*.

Por fim, identificou-se que atividades operacionais que deveriam estar automatizadas estão sendo realizadas de forma manual, comprometendo a fidedignidade do processo.

Assim, a partir dos resultados dos trabalhos evidenciaram-se não só fragilidades no processo de execução do pagamento de benefícios, mas também inadequações nos registros contábeis resultantes das operações geradas nesse processo.

No item 4.1.2.1 da segunda parte deste relatório são apresentados os detalhes deste trabalho.

2.9 Avaliação da Política de Acessibilidade

A avaliação quanto à política de acessibilidade adotada no âmbito do INSS contemplou a verificação das medidas aplicadas em âmbito institucional, bem como a situação identificada nas condições físicas do Edifício Sede da Autarquia, em Brasília/DF.

Como resultado, item 3.1.1.1 do relatório, apurou-se que o número de imóveis utilizados pelo INSS e totalmente acessíveis saltou de 460, em 2012 (de um total de 1.282 elegíveis à avaliação), para 710, em 2015 (de um total de 1.326) – um incremento de 250 unidades.



Estes números demonstram que o INSS tem se empenhado em monitorar as condições de acessibilidade dos imóveis operacionais elegíveis à Lei nº 10.098, bem como do Decreto nº 5.296/2004.

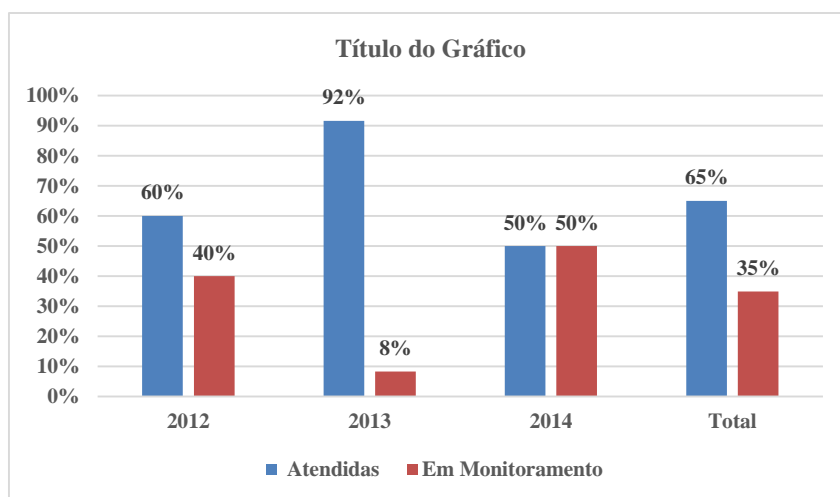
2.10 Avaliação do Cumprimento das Recomendações da CGU

No tocante à situação das recomendações feitas pela CGU, verifica-se que, a despeito do empenho do INSS em dar cumprimento ao conjunto de recomendações desta CGU, o índice de recomendações não atendidas é significativo e as fragilidades detectadas, enquanto as correspondentes providências não são concluídas, continuam a impactar negativamente o desempenho das atividades pelo instituto.

Das 63 recomendações ativas, referentes às auditorias de avaliação das gestões dos exercícios de 2012 a 2014, 41 (65%) foram consideradas atendidas e 22 (35%) delas estão pendentes de atendimento, uma vez que as medidas adotadas pelo INSS ainda estão em implementação. Após a realização de revisões do Plano de Providências Permanente – PPP no decorrer de 2015, verifica-se a seguinte situação:

Relatório	Atendidas	Monitorando	Totais
201305680	27	18	45
201406276	11	1	12
201503396	3	3	6
Totais	41	22	63

Fonte: Sistema Monitor – extração realizada em 27.6.2016.



Conforme se observa na tabela, das 22 recomendações pendentes de atendimento pelo INSS, 18 (82%) referem-se à avaliação das contas do exercício de 2012, constantes no relatório nº 201305680. Registre-se que mais da metade das recomendações pendentes de atendimento (16) está relacionada à governança de Tecnologia da Informação – TI, em função de que a maioria das providências requer recursos financeiros e humanos além da média, ou ainda o desenvolvimento ou contratação de soluções de TI, o que termina por demandar maior tempo para sua implementação.

No item 4.1.1.1 da segunda parte deste relatório são tratadas as particularidades dos assuntos aos quais se vinculam as 22 recomendações que permanecem em monitoramento.



2.11 Avaliação do CGU/PAD

Em 2015 o INSS realizou 326 registros de PAD, sindicâncias ou ritos sumários no Sistema CGU/PAD.

Conforme verificações realizadas pela equipe de auditoria, a Unidade de Correição da Autarquia realiza tempestivamente o registro de seus processos disciplinares instaurados no referido sistema.

2.12 Avaliação do Cumprimento das Determinações/Recomendações do TCU

Conforme levantamento realizado pela equipe de auditoria, não foram identificadas, no âmbito das contas de 2015, recomendações e/ou determinações do TCU à UJ que façam referência expressa à análise das justificativas pela CGU.

3. Conclusão

Como resultado dos exames relativos aos atos de gestão praticados pelo INSS no exercício de 2015, verificou-se que a Autarquia, em boa medida, atingiu suas metas e cumpriu suas atribuições institucionais.

Contudo, verificou-se que as providências adotadas pelo gestor foram insuficientes para corrigir disfunções apontadas nos dois últimos relatórios de auditoria de avaliação de contas do INSS, referentes aos exercícios de 2012 a 2014.

Essa situação impactou negativamente nos resultados da gestão do exercício de 2015. Adicionalmente, foram identificadas novas disfunções relativas a:

- Ausência de compensação anual de, aproximadamente, R\$ 686 milhões com os Regimes Próprios;
- Supervisão inadequada das atividades médico periciais;
- Pagamento de benefícios por incapacidade por um período superior ao estimado para recuperação da capacidade laboral;
- Fragilidades recorrentes no processo de cobrança administrativa;
- Débitos vencidos dos agentes pagadores junto ao INSS no valor de R\$ 150.420.620,65, referentes a acerto de contas e receita da folha do exercício de 2015; e
- Ausência de informações sobre a cobrança de taxa de ocupação dos imóveis do INSS e do FRGPS ocupados irregularmente, totalizando R\$ 87.835.927,86 nos últimos 12 meses.

A partir dessas constatações, e com base nas causas evidenciadas pela equipe de auditoria, foram apresentadas recomendações visando a contribuir com a melhoria do processo gerencial.

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.



Nome: IDRALEV SAMUEL DOS SANTOS CUSTODIA

Cargo: ANALISTA DE FINANÇAS E CONTROLE

Assinatura:

Nome: MARCUS VINICIUS NASCIMENTO DOS SANTOS

Cargo: ANALISTA DE FINANÇAS E CONTROLE

Assinatura:

Nome: MILTON MARCELO FERNANDES FERREIRA

Cargo: ANALISTA DE FINANÇAS E CONTROLE

Assinatura:

Nome: WILLIAM GUEDES

Cargo: ANALISTA DE FINANÇAS E CONTROLE

Assinatura:

Nome: MARCIAL RAMÃO PEREZ

Cargo: ANALISTA DE FINANÇAS E CONTROLE

Assinatura:

Nome: MARIA FERNANDA MONZO LUPORINI

Cargo: ANALISTA DE FINANÇAS E CONTROLE

Assinatura:

Nome: GUSTAVO FREDERICO LONGO

Cargo: ANALISTA DE FINANÇAS E CONTROLE

Assinatura:

Relatório supervisionado e aprovado por:

CARLOS ALBERTO DOS SANTOS SILVA
COORDENADOR-GERAL DA CGPREV/DP/SFC



1 Previdência Social

1.1 Compensação Previdenciária

1.1.1 EFETIVIDADE DOS RESULTADOS OPERACIONAIS

1.1.1.1 CONSTATAÇÃO

O INSS deixa de compensar anualmente, aproximadamente, R\$ 686 milhões com Regimes Próprios

Fato

Nas situações em que o INSS tenha concedido benefício de aposentadoria a trabalhadores com Certidões de Tempo de Serviço (CTS) ou Certidões de Tempo de Contribuição (CTC) emitidas por Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS) e averbadas para efeito da concessão, cabe ao INSS, como regime instituidor, solicitar ao regime de origem uma indenização pelo tempo em que o segurado, enquanto trabalhador vinculado àquele ente, contribuiu para o respectivo instituto de previdência social. Recebida a requisição, o RPPS deverá analisar a exatidão dos dados referentes ao período e ao valor da compensação financeira e emitir parecer final (deferimento ou indeferimento) sobre o pedido.

O objetivo deste ponto é avaliar se o INSS, enquanto regime instituidor, consegue compensar junto aos RPPS todo o valor de contribuições dos beneficiários nos regimes de origem. Os trabalhos foram realizados com a utilização da base de dados do sistema Comprev e da folha de pagamentos do INSS (maciça) de janeiro de 2015. A avaliação da ação também contou com subsídios coletados em entrevistas com gestores da GEX-DF (Gerência Executiva do DF) e da DIRBEN (Diretoria de Benefícios do INSS).

Dois fatores impedem que o INSS consiga compensar o valor integral de indenizações à que teria direito de contribuições dos segurados aos regimes de origem. O primeiro fator relaciona-se com a constatação de que os benefícios elegíveis à compensação previdenciária demoram um tempo considerável para serem requeridos pelo INSS. O segundo, com o elevado percentual de requerimentos que são indeferidos pelos RPPS. Os dois pontos serão explorados de forma mais detalhada abaixo:

Benefícios elegíveis à compensação que demoram para serem requeridos

São elegíveis à compensação previdenciária os benefícios de aposentadoria e pensão dela decorrente concedidos a partir de 05 de outubro de 88. De forma geral, são excluídos da compensação previdenciária os benefícios não programados ou isentos de carência. Dessa forma, são compensáveis apenas as seguintes espécies de benefícios:

- aposentadoria por invalidez, quando não decorrente de acidente de trabalho;
- aposentadoria por idade;
- aposentadoria por tempo de serviço/contribuição; e
- pensões precedidas das aposentadorias citadas acima.

Em regra, o INSS utiliza o sistema Prisma para concessão de benefícios com utilização de Certidão de Tempo de Contribuição (CTC) de um RPPS. Um dia após a concessão, de forma automática, esses benefícios são disponibilizados para análise na condição de candidatos no sistema Comprev. A Agência da Previdência Social (APS) responsável



pela concessão deve realizar uma análise sobre estes benefícios e classificar quais, efetivamente, são passíveis de compensação previdenciária.

A análise da APS deve ser iniciada pela base **Preferencial**. Uma vez concluída a análise dos benefícios da base Preferencial, devem ser analisados os benefícios relacionados na base **Outros**. A base Preferencial corresponde aos benefícios com informações migradas automaticamente do Prisma, enquanto que a base outros, corresponde aos benefícios concedidos antes do sistema Comprev entrar em produção. Nessa linha, conforme a Orientação Interna nº 102 INSS/DIRBEN, de 20 de setembro de 2004, há uma priorização pela análise dos benefícios constantes da base Preferencial em detrimento da base Outros.

Confirmado que o benefício é elegível à compensação, a APS deve processar o requerimento no sistema Comprev, completando os dados migrados do Prisma com as seguintes informações:

- dados pessoais e outros documentos necessários e úteis à caracterização do segurado e, se for o caso, do dependente;
- renda mensal inicial do benefício no RGPS;
- data de início do benefício e data do início do pagamento;
- o tempo de contribuição no âmbito do RPPS e o tempo total considerado para a concessão da aposentadoria; e
- os dados da Certidão de Tempo de Serviço ou Tempo de Contribuição, fornecida pela União, pelos Estados, Distrito Federal ou pelos Municípios, utilizada na concessão do benefício.

Após o registro do requerimento no sistema Comprev, diversos documentos relacionados ao benefício devem ser digitalizados, pela APS, e encaminhados pelo sistema ao regime de origem.

Em janeiro de 2015, **3,3 milhões de benefícios em manutenção** faziam parte da base de benefícios candidatos à compensação previdenciária. Dentre estes, conforme apresentado na Tabela 1, apenas 212 mil benefício haviam sido analisados e aceitos para compensação, 1,1 milhões de benefícios foram rejeitados, enquanto outros 1,9 milhões permaneciam pendentes de análise.

Tabela 1 - Quantidade de benefícios candidatos

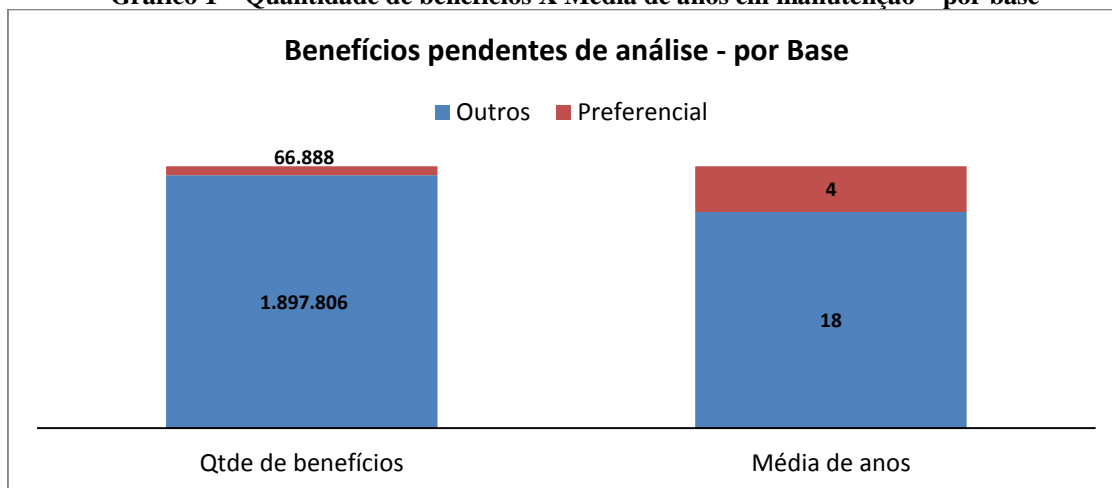
Situação	Benefícios	%
Pendente	1.964.506	58,5
Rejeitado	1.186.766	35
Aceito	212.285	6,5
Total	3.363.557	100

Fonte: Comprev e Maciça

Conforme detalhado no Gráfico 1, a grande maioria dos benefícios pendentes de análise correspondem a benefícios oriundos da base Outros. Dos 1,9 milhões de benefícios classificados como candidatos a compensação que estão pendentes de análise, apenas 66 mil são da base Preferencial. Assim como a quantidade de benefícios pendentes de análise, a média de anos dos benefícios em manutenção também diverge significativamente nas duas bases. Os benefícios pendentes de análise da base Outros estão, em média, em manutenção há dezoito anos, enquanto que o estoque oriundo da base Preferencial permanece sendo pago há, aproximadamente, quatro anos.

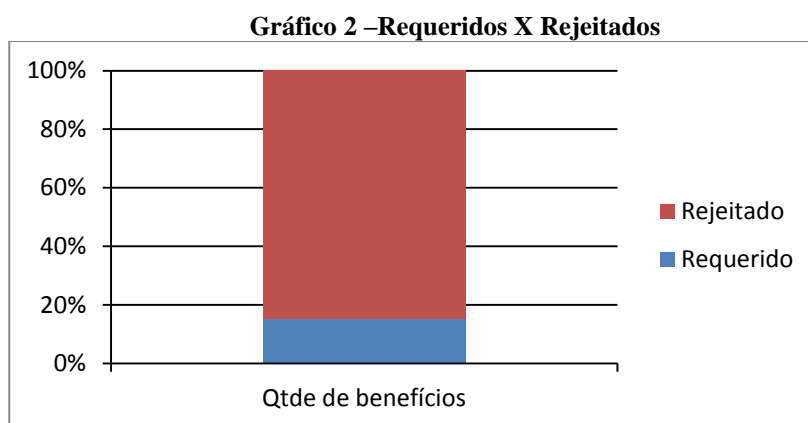


Gráfico 1 – Quantidade de benefícios X Média de anos em manutenção – por base



O problema com relação à enorme quantidade de benefícios pendentes de análise é amplificado por um fator, o prazo prescricional de cinco anos para realização dos requerimentos. Conforme depreende-se do Gráfico 1, o regramento de análise definido pelo INSS, que priorizou o requerimento dos benefícios concedidos mais recentemente, é obedecido. A única ressalva que deveria ser levada em consideração na análise da pertinência do regramento é se a base Preferencial é efetivamente mais confiável do que a base Outros.

Conforme detalhado no Gráfico 2, mais de **80%** dos benefícios analisados, são rejeitados. Ou seja, de cada **cinco** benefícios analisados pelas APS, apenas **um** é requerido.



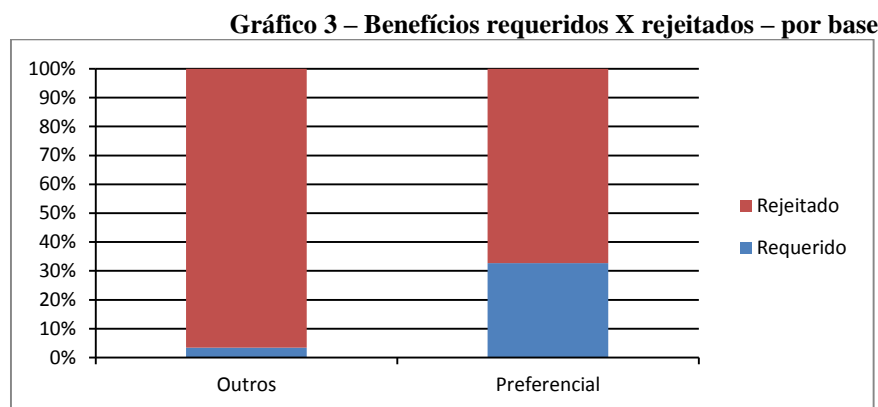
Segundo a estrutura do sistema COMPREV “*para todo candidato rejeitado deve ser informado o motivo que deu causa à rejeição*”. Assim, a grande maioria dos benefícios indicados como elegíveis para compensação são rejeitados, após uma análise da APS, por não serem passíveis de compensação. Em 99,9% das vezes o benefício simplesmente não é compensável. Os demais benefícios, 0,1% do total, ou cerca de 1.420, foram rejeitados por outros fatores, como, por exemplo, não ter sido possível localizar o processo de concessão do benefício com as informações necessárias para elaboração do requerimento.

A quantidade considerável de benefícios em que, após uma análise do INSS, é verificado que não são compensáveis levanta a dúvida sobre a consistência das informações da base de candidatos. Conforme mencionado acima, a APS deve iniciar a análise dos benefícios candidatos à compensação pela base **preferencial** e, em seguida, proceder à análise dos benefícios relacionados na base **outros**. O INSS estabeleceu a regra por dois motivos. O primeiro motivo é que os benefícios da base preferencial migram automaticamente do Prisma e dispõem, em regra, de informações sobre a CTC utilizada na concessão. O que



minimizaria a probabilidade do benefício não ser compensável. O segundo motivo é que os benefícios da base Preferencial são mais recentes, pois correspondem aos benefícios que migraram do Prisma após o sistema Comprev entrar em produção, enquanto a base Outros pode ter benefícios anteriores ao Comprev. O que poderia aumentar a probabilidade do processo de concessão não ser localizado.

Desta forma, deveríamos esperar alguns benefícios não elegíveis à compensação na base Outros e nenhum, ou muito poucos, na base Preferencial. No entanto, conforme apresentado no gráfico 3, o percentual de benefícios requeridos após análise dos INSS, quando as informações são migradas do Prisma, também é muito baixo.



Quando o benefício é da base Outros, de cada 100 benefícios candidatos à compensação analisados pelo INSS, em apenas 3 o requerimento é realizado. Quando a análise dos benefícios é realizada com informações da base Preferencial, o percentual se eleva para 33%. A diferença entre as duas bases é considerável, o que até justifica priorizar a análise dos requerimentos da base Preferencial. No entanto, se levarmos em consideração que as informações da base Preferencial são criticadas e migradas automaticamente, fica claro que o sistema Comprev não vem funcionando da forma que deveria. Quando o benefício é da base preferencial a rejeição deveria ser a exceção e não a regra. Conclui-se que mesmo **a base Preferencial apresenta benefícios que não são elegíveis à compensação previdenciária** que impedem que a totalidade destes benefícios seja requerida.

Há um esforço de análise por parte das APS para uma quantidade de requerimentos realizados relativamente baixo. Conforme apresentado na Tabela 2, utilizando dados da maciça de janeiro de 2015, por exemplo, é possível identificar 25 mil benefícios que constam de uma das duas bases e não são compensáveis de acordo com os critérios de elegibilidade definidos nos normativos do programa.

Tabela 2 – Quantidade de benefícios pendentes não compensáveis

Situação	Quantidade
Espécies não compensáveis	275
Segurado especial	17.425
Isenção de carência	7.299
Aposentadoria especial	987

Ou seja, apenas cruzando os dados dos 1,9 milhões de benefícios pendentes de análise da base de candidatos com as informações da maciça, pode-se reduzir o esforço de análise das APS em 1,3%. Nesse sentido, a despeito dos ajustes necessários no sistema Comprev, o INSS deveria depurar das bases de candidatos pendentes, os benefícios que não são compensáveis para evitar uma análise improdutiva por parte das APS.



A conclusão é que faz sentido priorizar a análise dos benefícios do Comprev com informações migradas automaticamente do Prisma, tendo em vista que, conforme apresentado no gráfico 3, o percentual de requeridos após análise é onze vezes maior que os benefícios da outra base. Além disso, mesmo que os benefícios da base Outros estejam em manutenção há, em média, dezoito anos, deve-se ressaltar que os benefícios da base Preferencial estão próximos do prazo prescricional de cinco anos.

Ainda que a regra para priorizar os benefícios oriundos da base Preferencial seja correta, a atividade de compensação previdenciária não era priorizada em detrimento das demais atividades da APS. Somente em 2015, foram criados indicadores para monitoramento das atividades relacionadas à compensação previdenciária. No entanto, mesmo após a criação dos indicadores ainda existem dois problemas.

O primeiro problema refere-se ao indicador criado, idade média do acervo de candidatos à compensação (Imacomp). O mesmo não considera todos os benefícios candidatos à compensação que estão pendentes de análise. O indicador considera apenas os benefícios que constam da base Preferencial, pois o valor aferido em janeiro de 2015 era de 1.584 dias, um pouco menos de quatro anos e meio. Significativamente menor que os dezoito anos dos 1,8 milhões do acervo da base Outros.

O segundo problema é que mesmo com a criação do Imacomp, a situação manteve-se praticamente inalterada. A idade do acervo, segundo o indicador, permaneceu aproximadamente a mesma ao longo de 2015. A última aferição, realizada em agosto, indicava 1.643 dias a idade média do estoque de benefícios candidatos, quase o mesmo valor aferido em janeiro, e bem acima do que havia sido pactuado para aquele mês, 856 dias.¹

Percentual elevado de requerimentos indeferidos pelos RPPS

Um segundo aspecto que compromete a capacidade do INSS de compensar integralmente os valores contribuídos pelos segurados aos regimes de origem é o elevado percentual de requerimentos indeferidos pelos RPPS. Após o requerimento devidamente formalizado no Comprev pelo INSS, cada RPPS que expediu a CTC/CTS utilizada na concessão do benefício é responsável pela análise do requerimento. Caso o requerimento seja deferido, o INSS poderá compensar junto ao RPPS o período de contribuição do segurado no regime de origem. Em caso de indeferimento, o requerimento deve ser revisado pelo INSS. O indeferimento do requerimento de compensação pelo regime de origem pode ser devido a duas situações:

- O requerimento não está devidamente formalizado e instruído. Neste caso, o mesmo servidor responsável pelo requerimento é capaz de sanar os vícios apontados como, por exemplo, a baixa qualidade das imagens, ou a falta de algum documento específico.
- A CTC não é reconhecida pelo regime de origem. Nessa situação, o RPPS de origem não reconhece, integral ou parcialmente, o período de contribuição que foi utilizado pelo segurado na concessão do benefício pelo INSS. Dessa forma, o próprio benefício deve ser revisado, com chances de se atingir, diretamente, a legalidade do reconhecimento do direito ao benefício previdenciário.

Conforme apresentado na tabela 3, segundo informações do gestor, até julho de 2016 o INSS havia realizado 175 mil requerimentos de compensação aos regimes próprios. Os

¹ Informativo INSS em número – agosto de 2015



regimes próprios já haviam analisado 61% dos requerimentos realizados. O dado que chama atenção é o elevado percentual de requerimentos indeferidos pelos RPPS. Após a análise, os regimes de origem indeferiram 60% de todos os requerimentos realizados pelo INSS.

Tabela 3 – Requerimentos de compensação previdenciários realizados pelo INSS

Total de requerimentos	Indeferidos	Indeferidos	Analisados
175.137	42.179	65.741	107.920

Fonte: INSS

Na prática, mais da metade dos requerimentos realizados pelo INSS e analisados pelos regimes de origem são indeferidos. Conclui-se que existe um percentual elevado dos requerimentos realizados pelo INSS aos regimes de origem que são indeferidos.

Considerando **apenas os benefícios em manutenção**, segundo dados da tabela 4, em janeiro de 2015, havia 37 mil requerimentos relacionados a 36 mil benefícios em manutenção que foram indeferidos pelos regimes de origem e não haviam sido revisados pelo INSS.

Tabela 4 – Benefícios em manutenção com requerimentos indeferidos pelos RPPS

Ano indeferimento	Qtde requerimentos	Qtde de benefícios	Valor benefícios	Valor requerido
2002	7.359	7.235	R\$ 15.920.577,20	R\$ 3.209.784,46
2003	2.077	2.043	R\$ 4.275.038,80	R\$ 820.369,92
2004	5.834	5.748	R\$ 11.619.642,70	R\$ 2.373.123,37
2005	1.865	1.844	R\$ 3.624.826,60	R\$ 727.637,78
2006	1.210	1.111	R\$ 1.993.935,60	R\$ 459.417,80
2007	2.002	1.912	R\$ 3.614.296,20	R\$ 812.481,87
2008	1.573	1.484	R\$ 2.704.145,00	R\$ 623.568,08
2009	2.222	2.194	R\$ 3.921.984,60	R\$ 852.488,70
2010	5.771	5.692	R\$ 10.879.471,70	R\$ 2.446.565,43
2011	2.523	2.490	R\$ 4.556.701,60	R\$ 1.153.899,41
2012	1.741	1.723	R\$ 3.044.134,00	R\$ 716.172,26
2013	1.896	1.887	R\$ 3.308.012,80	R\$ 795.990,02
2014	1.236	1.226	R\$ 2.233.434,00	R\$ 534.717,07
2015	278	277	R\$ 536.291,00	R\$ 136.200,51
Total	37.587	36.866	R\$ 72.232.491,80	R\$ 15.662.416,69

Segundo os dados da tabela 5, dos 37 mil requerimentos indeferidos pelos regimes de origem relacionados a benefícios em manutenção, 84% foram indeferidos sem a especificação do motivo (Outros). Em alguns casos, como por exemplo, quando o benefício é indeferido porque os dados estão incompletos ou quando a CTC é desconhecida/inválida, é possível ser conclusivo se há um problema no requerimento (primeiro caso) ou no benefício (segundo caso). Em outros casos, os motivos são ambíguos, como por exemplo, o motivo irregularidade, e não permitem concluir se a irregularidade é do requerimento ou do benefício. A análise teve que ser realizada caso a caso no campo textual em que o regime de origem consigna o motivo para indeferir o requerimento.

O gestor informou que já cadastrou demanda (Inibir Motivos de Indeferimento - RI - DM.059.792) para solucionar o problema junto a Dataprev para exclusão dos motivos de

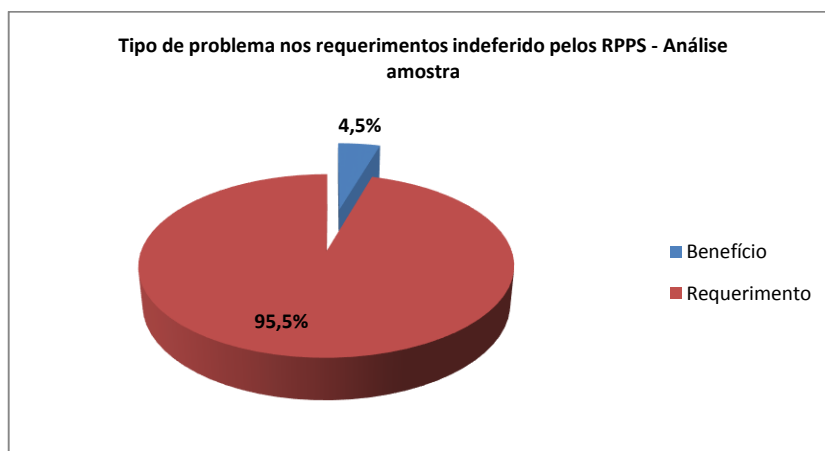


indeferimento abstratos, tais como “Outros”, “Não passível de compensação” e “Irregularidades”.

Tabela 5 – Motivo de indeferimento dos requerimentos

Motivo	Qtde de benefícios	%
Outros	31.173	84,56%
Dados incompletos	3.189	8,65%
Não passível de compensação	2.222	6,03%
Irregularidade	1.990	5,40%
Documento ilegível	1.269	3,44%
Documento diferente da CTS/CTC	870	2,36%
CTC desconhecida inválida	785	2,13%
Órgão/Entidade lotação não vinculada ao EF	631	1,71%
Período inválido da CTC/CTS	504	1,37%
Tempo de serviço concomitante/intercalado	489	1,33%
Servidor inexistente ou não reconhecido	194	0,53%
Existe comp do mesmo período para o servidor	128	0,35%
Órgão/Entidade lotação inexistente	66	0,18%
Existe outro requerimento em análise	14	0,04%
(vazio)	5	0,01%
Laudo do servidor inexistente	3	0,01%
Ausência do CID ou do diagnóstico da doença	2	0,01%

Desta forma, foi selecionada uma amostra aleatória de 200 dos 36 mil benefícios com requerimentos indeferidos pelos RPPS de origem. Conforme apresentado no gráfico 5, da análise da amostra, estima-se que a grande maioria dos requerimentos (95,5%) foi indeferida devido a um problema de forma do próprio requerimento. Nas justificativas apresentadas pelos RPPS, na maioria das vezes, são mencionadas ausências de documentos necessários para análise, ou quando existem, os mesmos são ilegíveis. Em menor número (4,5%), os requerimentos são indeferidos porque o período apresentado pelo segurado ao INSS para concessão do benefício não é reconhecido pelo RPPS. O que em tese, configuraria um problema na concessão do benefício pelo INSS e não no processo de requerimento. Para essas situações, o próprio benefício teria que ser revisado e, a depender do que fosse apurado, cessado.



Um desdobramento do elevado percentual de indeferimentos é que os requerimentos indeferidos pelos RPSS de origem simplesmente não são revisados. Conforme apresentado na tabela 4, pelo menos 80% dos requerimentos que ainda não passaram por



um processo de revisão, foram indeferidos há mais de cinco anos. Independente do motivo do indeferimento pelo RPPS de origem, a grande quantidade de requerimentos sem revisão há um longo período sinalizam que, também nesse caso, o INSS não prioriza a revisão dos requerimentos.

Causa

As causas para a constatação de que o INSS não consegue compensar integralmente o valor de indenizações a que teria direito de contribuições dos segurados aos RPPS são quatro:

- Falta de priorização das atividades do Comprev por parte do INSS
- Baixa qualidade nos requerimentos realizados pelos INSS
- Problemas na migração dos dados do Prisma para a base de candidatos elegíveis a compensação previdenciária
- Inserção incorreta de informações de informações no sistema por parte dos técnicos envolvidos na concessão dos benefícios.

Com relação à falta de priorização das atividades do Comprev pelo INSS, foi observado que o impacto é tanto no aspecto relacionado à análise dos benefícios elegíveis à compensação como na ausência de revisão dos requerimentos indeferidos. Os benefícios permanecem por um longo período em análise antes do INSS proceder ao requerimento aos RPPS e após o indeferimento pelos RPPS dos requerimentos realizados pelo INSS.

No que se refere à baixa qualidade dos requerimentos realizados pelo INSS, a quantidade de requerimentos objeto de revisão poderia ser significativamente reduzida se o requerimento inicial fosse corretamente elaborado. Há uma quantidade considerável de requerimentos que, em tese, não precisariam ser revisados se todos os documentos fossem inseridos de forma adequada no sistema. Na prática, o problema é o requerimento inicial.

Uma solução para ambos os problemas, falta de priorização e baixa qualidade dos requerimentos, poderia ser a especialização da atividade. A dedicação de um único servidor ou de uma equipe, ao invés de todos os servidores da APS, poderia familiarizar os envolvidos na atividade com as rotinas e com o sistema. Quando apenas um ou poucos servidores estão envolvidos com a rotina é mais fácil promover treinamentos do processo de trabalho, além de simplificar o processo de supervisão. Também se evita que os envolvidos deixem de realizar a atividade por um longo período, evitando-se que as rotinas relacionadas ao processo de trabalho sejam esquecidas.

Com relação as duas últimas causas mencionada, problemas na migração dos dados e a inserção incorreta de dados no sistema, conclui-se que, ao longo dos anos, o INSS vem empreendendo um esforço significativo de análise dos benefícios candidatos à compensação com baixa efetividade. Um percentual reduzido dos benefícios analisados pelo INSS é transformado em requerimento aos regimes de origem para compensação. A grande maioria dos benefícios na base de candidatos à compensação é rejeitada após a análise do órgão.

Nesse sentido, a despeito dos ajustes necessários no sistema Comprev, o INSS deveria capacitar os analistas envolvidos na concessão de benefícios e depurar das bases de candidatos pendentes, os benefícios que não são compensáveis para evitar uma análise improdutiva por parte das APS.



Por fim, após a depuração da base, é essencial ampliar a aferição do indicador Imacomp. Ainda que o INSS tenha definido a base Preferencial como prioritária para efetivar os requerimentos de compensação previdenciária na condição de Regime de Origem, é importante monitorar todos os benefícios candidatos em estoque, e não apenas os oriundos da base preferencial.

Manifestação da Unidade Examinada

Com relação ao elevado percentual de benefícios elegíveis à compensação que foram rejeitados após uma análise, o gestor informou o seguinte:

“Esclarecemos que diversos fatores influenciam no processo de rejeição na Base Preferencial, causando um elevado índice de descarte, como por exemplo, nas seguintes situações:

- a) Certidões de Tempo Militar não passível de compensação;*
- b) Documento não trata de Certidão de Contagem Recíproca;*
- c) Benefício cessado da DIB: Exemplo -NB 157.789.634-0 - segurado Ricardo Melo Marinho - OL 11.001.03.0;*
- d) CTC com tempo fracionado em virtude de licença: Ao cadastrar em documento “CTC – Outros”, o sistema considera cada período como um documento CTC e consequentemente gera um candidato a compensação: Exemplo - NB 161.191.510-1.*

Ademais foram cadastradas demandas para alteração da tabela de motivos de rejeição, visando contemplar as situações elencadas nas alíneas mencionadas neste quesito (Demanda: Inclusão de Motivos de Rejeição – RI/Plenus – DM.058.470)) e, para inibir os motivos de rejeição como por exemplo: “Outros” (Demanda: Inibir Motivos de Rejeição – Candidatos – DM.059.795)”

Análise do Controle Interno

Dois dos quatro motivos, *benefícios cessados da DIB e CTC com tempo fracionado em virtude de licença*, que o gestor apresentou como responsáveis pelo elevado percentual de benefícios candidatos à compensação que são rejeitados são situações excepcionais que, isoladamente, não justificariam os números constatados. Os demais motivos relacionam-se com documentos inseridos, indevidamente, no sistema. São documentos que não correspondem a certidões passíveis de compensação junto aos regimes próprios. Na prática, a manifestação do gestor sinaliza que a principal causa para uma grande quantidade de benefícios elegíveis à compensação que são rejeitados é alimentação incorreta do sistema por parte dos analistas do INSS.

No entanto, a incorreta inserção de dados no sistema, pode ser a principal causa para o problema, porém, não a única. Conforme apresentado anteriormente, mesmo na base preferencial, existem espécies de benefícios que não são compensáveis. Ou seja, que não deveriam ter migrado do Prisma para o Comprev, independente do documento inserido como certidão de tempo de contribuição ou de serviço. Conclui-se que as regras de negócio da migração dos dados do Prisma para o Comprev não foram corretamente definidas.



Outro aspecto, que não guarda relação com as manifestações apresentadas pelo gestor, relaciona-se com a falta de priorização das atividades relacionadas ao Comprev. Tendo em vista que a mesma foi apontada como uma das causas para o problema constatado e levando em consideração que as atividades relacionadas ao Comprev concorrem com as demais atividades na APS, é essencial ter uma dimensão de quanto o INSS deixa de compensar com os regimes de origem. Em uma situação limite em que há excesso de demanda para a capacidade instalada, é essencial estimar o custo de cada demanda. No caso da compensação previdenciária, por exemplo, o valor que o INSS deixa de compensar mensalmente poderia ser comparado com o valor que seria despendido com a contratação de novos servidores para realização da análise e requerimento. Trazendo a contratação de servidores como um exemplo, e deixando claro que não é a recomendação deste trabalho para o problema apontado, a estimativa a seguir tem um objetivo mais simples. Limita-se a quantificar o tamanho do problema e permitir uma discussão mais racional das alternativas. Seja deslocar parte dos servidores do atendimento ao segurado para a análise dos benefícios de compensação previdenciária, contratar novos servidores, ou até mesmo, manter a situação do jeito que está.

Com relação ao primeiro aspecto, benefícios elegíveis à compensação em estoque por um período elevado, as estimativas foram realizadas levando em consideração que, provavelmente, nem todos os benefícios classificados como candidatos são compensáveis. De acordo com dados da tabela 6, existem 1,9 milhão de benefícios em manutenção com requerimentos pendentes de análise. O percentual de aproveitamento foi estimado a partir do histórico de benefícios analisados pelo INSS. Como vimos acima, quando a análise do INSS foi realizada em benefícios oriundos da base preferencial o percentual requerido foi de 33%, enquanto que na base outros o percentual foi de apenas 3%. Nos requerimentos realizados pelo INSS aos regimes de origem, o percentual dos requerimentos corresponde à 25%, em média, do valor do benefício. Multiplicando-se o valor médio dos benefícios pendentes pelo percentual médio dos requerimentos pela quantidade de benefícios requeríveis obtemos o valor estimado que o INSS deixa de compensar todos os meses.

Tabela 6 – Estimativa de valor não compensado – Requerimentos não realizados

Base	Pendente	% aproveitamento	Benefícios requeríveis	Valor médio benefício	% médio requerimento	Valor estimado mensal	Valor estimado anual
Outros	1.897.806	3%	65.754	R\$ 1.562,92	25%	R\$ 25.692.026,39	R\$ 333.996.343,09
Preferencial	66.888	33%	21.870	R\$ 1.628,54	25%	R\$ 8.903.992,16	R\$ 115.751.898,05
Total	1.964.694	-	87.624	-	-	R\$ 34.596.018,55	R\$ 449.748.241,14

Por ano, de acordo com os dados da tabela 6, e assumindo que todos os requerimentos seriam deferidos pelos regimes de origem, o INSS deixa de compensar o valor R\$ 449 milhões com os regimes próprios. Estimando uma quantidade média de 20 benefícios por dia², seria preciso 950 servidores dedicados integralmente à atividade para realizar a análise dos 1,9 milhão de benefícios pendentes em um prazo de 103 dias. Considerando o salário de R\$ 4,6 mil de um técnico de nível médio, o custo da atividade seria de R\$ 23 milhões.

Mesmo estimando uma relação custo/benefício baixa caso fosse necessário fazer a análise de todos os benefícios pendentes, o custo seria significativamente reduzido se a base de elegíveis fosse depurada. Trabalhando com um cenário idealizado e considerando que

² A quantidade foi utilizada como referência após entrevista com servidores da GEX/DF que realizam atividades de análise de benefícios candidatos à compensação previdenciária.



todos os benefícios que não seriam elegíveis fossem depurados da base, seria preciso analisar e requerer uma quantidade estimada de 87 mil benefícios. No mesmo prazo de 103 dias, seriam necessários apenas 43 servidores, a um custo de R\$ 1 milhão, para proceder a análise dos requerimentos.

Com relação a estimativa apresentada acima, o INSS, por meio do Ofício nº 488/PRES/INSS de 26 de julho de 2016, fez a seguinte ponderação: *“Entendemos que pela própria formação da base Outros o eventual aproveitamento da mesma infere baixa confiabilidade no cálculo dos valores estimados que deixam de ser compensados, isto porque há inconsistência nos insumos migrados para tal banco de dados.”*

Em que pese a ponderação apresentada pelo gestor, como o próprio nome diz uma estimativa é um valor aproximado. No caso específico, o percentual de aproveitamento de 3% utilizado na estimativa, foi apurado com base no histórico do órgão na análise de benefícios candidatos à compensação da base Outros. As inconsistências nos insumos migrados para o banco de dados a que o gestor se refere, já estão refletidas no reduzido percentual de aproveitamento identificado no histórico de análise e utilizado na estimativa.

Com relação ao segundo aspecto, para estimar a quantidade de benefícios relacionados a requerimentos indeferidos em cada tipologia, foram utilizados os percentuais aferidos na amostra analisada de 200 benefícios. Conforme apresentado na tabela 7, os requerimentos indeferidos cuja motivação foram problemas no benefício, por exemplo, são estimados em 1,6 mil dos 36 mil. Neste caso, comprovado que o benefício é indevido após revisão do MOB, o mesmo poderia ser cessado. Multiplicando-se todos os benefícios nessa situação com o valor médio de todos os 36 mil benefícios indeferidos, seria possível uma economia anual de R\$ 42 milhões. Na outra tipologia, requerimentos indeferidos devido a problemas no próprio requerimento, a estimativa é de que são 35 mil benefícios. Nessa situação, a revisão da APS seria suficiente para corrigir/complementar alguma informação do requerimento necessária para análise do RPPS. Considerando que o valor médio dos requerimentos por benefício é R\$ 424, após a revisão de todos os benefícios nessa situação, o INSS economizaria R\$ 194 milhões anuais. Considerando as duas situações, a economia seria de R\$ 236 milhões anuais.

Tabela 7 – Estimativa de economia – revisão de requerimentos indeferidos

Tipo de problema	%	Qtde de benefícios	Valor médio benefício	Valor médio requerimento	Valor mensal	Valor anual
Problema no benefício	4,5%	1.659	R\$ 1.959,33	-	R\$ 3.250.462,13	R\$ 42.256.007,70
Problema no requerimento	95,5%	35.207	-	R\$ 424,85	R\$ 14.957.607,94	R\$ 194.448.903,18
Total	100%	36.866			R\$ 18.208.070,07	R\$ 236.704.910,88

Procedendo a uma análise custo-benefício e utilizando os mesmos parâmetros adotados na estimativa relacionada à análise de benefícios elegíveis à compensação, é possível revisar todos os 37 mil requerimentos com os mesmos 43 servidores em um prazo um pouco superior a dois meses. Conclui-se que é economicamente vantajoso proceder a revisão de todos os requerimentos indeferidos pelos regimes de origem.

Com relação a essa segunda estimativa, o INSS, por meio do Ofício nº 488/PRES/INSS de 26 de julho de 2016, registrou que:

“Outro ponto que devemos comentar se relaciona a estimativa de economia referente a revisão de requerimentos indeferidos alocada na Tabela 7. A estimativa nela apontada



condiciona o deferimento pleno dos requerimentos, o que não pode ser afirmado tendo em vista a falta de governança pelo INSS do resultado esperado, pois a avaliação do requerimento depende dos entes federativos, sem que haja a intermediação de uma instância revisora dessa decisão indeferitória.”

De fato, a estimativa mencionada depende de todos os requerimentos que foram indeferidos, após a correção pelo INSS, serem deferidos pelos RPPS. A premissa não é sem razão, como apontado pelo gestor, pois, como apresentado, em 95,5% dos casos, o requerimento é indeferido devido a uma falha formal no requerimento, que, em tese, não elide o direito do INSS e pode ser corrigida. Nas demais situações, quando não há o direito de compensação, o benefício deveria ser cessado. A não ser que o INSS não concorde com os motivos apresentados pelos RPPS, não há necessidade de uma intermediação de uma instância revisora da decisão do RPPS. E caso não concorde, é preciso evidenciar quantos requerimentos indeferidos pelos RPPS foram indevidamente indeferidos, antes de pensar na intermediação de uma instância revisora ou outra alternativa, como judicializar a questão.

Recomendações:

Recomendação 1: Depurar a base de benefícios elegíveis à compensação dos benefícios que não são compensáveis.

Recomendação 2: Elaborar e implementar indicador com as mesmas características do IMACOMP, contemplando os benefícios oriundos da Base Outros.

Recomendação 3: Elaborar estudo e definir Unidades Descentralizadas responsáveis pela consolidação regional das atividades relacionados ao processo de compensação previdenciária, referentes ao Regime Geral como Regime Instituidor - RI.

Recomendação 4: Corrigir as regras de negócio de migração dos dados do Prisma para a base de candidatos do Comprev.

Recomendação 5: Promover treinamento de rotinas relacionadas ao Comprev para os técnicos envolvidos com a concessão dos benefícios.

1.2 Benefícios Previdenciários Urbanos

1.2.1 EFETIVIDADE DOS RESULTADOS OPERACIONAIS

1.2.1.1 INFORMAÇÃO

Avaliação da concessão de benefícios por incapacidade - Estratégia

Fato

Dentre as diversas ações governamentais de responsabilidade do INSS, as ações relacionadas ao auxílio doença foram selecionadas para serem objeto de avaliação pela CGU em função de sua relevância social e criticidade.

Com o objetivo de avaliar os processos gerenciais do INSS relacionados à concessão, manutenção e pagamento auxílio doença, a estratégia estabelecida foi segmentada em duas fases e contemplou aspectos relacionados à celeridade no atendimento ao segurado, à confiabilidade do processo de concessão de benefícios e a adequabilidade da estrutura disponibilizada pelo INSS para atendimento ao segurado:



Na primeira fase, iniciada em agosto de 2012 e concluída em agosto de 2014, foram realizadas as seguintes etapas:

- Fiscalizações nas Agências da Previdência Social – APS
- Cruzamentos de Bancos de Dados
- Avaliação da qualidade dos Laudos Periciais Médicos (LPM)

As ações de controle nas APS foram realizadas *in loco* de forma compartilhada com a Auditoria Interna do INSS (Audin). A Audin também foi responsável pela análise dos laudos médicos periciais. No período de agosto de 2012 a agosto de 2014 foram fiscalizadas 161 APS, ou 11,25% de um universo de 1.475 a época. As agências foram selecionadas aleatoriamente, contemplando, de forma estratificada, todas as unidades da federação, conforme Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – APS fiscalizadas por UF

UF	Qtde.	UF	Qtde.	UF	Qtde.
AC	3	AL	3	AM	3
AP	1	BA	9	CE	4
DF	2	ES	4	GO	4
MA	3	MG	19	MS	4
MT	3	PA	3	PB	4
PE	4	PI	2	PR	10
RJ	15	RN	3	RO	0
RR	3	RS	10	SC	9
SE	2	SP	32	TO	2

Entre agosto de 2012 e agosto de 2013, a Audin analisou uma amostra de 9.416 laudos selecionada de forma aleatória de um universo de 826.183 LPM, referentes a benefícios pagos na Maciça (folha de pagamento do INSS) de agosto de 2012. Em relação ao cruzamento de bases de dados, foram utilizados dados da Maciça, do SISOBÍ e do SIM. No cruzamento das bases, foram utilizadas as competências dos meses de fevereiro e setembro de 2012. Os achados decorrentes dessas etapas foram utilizados para responder parte das questões relacionadas à confiabilidade, à estrutura disponibilizada e a da celeridade. Os resultados foram consolidados no Relatório de Avaliação nº 42 disponibilizado no sítio da CGU no final de 2015.

A segunda fase teve como objetivo avaliar se as perícias médicas estão sendo disponibilizadas de acordo com a capacidade operacional do Órgão, a regularidade no processo de revisão dos benefícios e a consistência do processo de supervisão das atividades médico periciais. Os trabalhos foram realizados entre janeiro a dezembro de 2015 e consistiram em um novo cruzamento de base de dados e em auditorias em 57 Gerências Executivas (GEX) (Tabela 2).

Tabela 2 – GEX fiscalizadas por UF

UF	Qtde	UF	Qtde	UF	Qtde
AL	1	MA	2	RN	1
AP	1	MG	6	RO	1
BA	1	MS	1	RS	9
ES	1	PE	2	SC	4
GO	2	PR	2	SP	23

As questões relacionadas ao processo de supervisão e da disponibilização da capacidade operacional foram realizados de forma compartilhada com a Audin *in loco* nas Gerências



Executivas no período entre janeiro e junho de 2015. A regularidade no processo de revisão dos benefícios em manutenção foram avaliados por meio de um segundo cruzamento de bases de dados. Foram utilizados dados da maciça de maio de 2015 e dados do SISOBI e do SIM do mesmo período. Os achados foram encaminhados preliminarmente ao INSS e discutidos em reuniões de busca conjunta nos meses de abril a junho de 2016. Os análise efetuadas e os resultados obtidos nos trabalhos executados na segunda fase são apresentados nos itens próprios deste relatório de auditoria.

1.2.1.2 CONSTATAÇÃO

Supervisão inadequada das atividades médico periciais

Fato

Nas auditorias compartilhadas com a Auditoria Interna do INSS verificaram-se fragilidades na supervisão das atividades médico periciais em razão de desconformidades com os procedimentos consignados no Manual de Gestão do Serviço de Saúde do Trabalhador - SST.

Das 57 Gerências fiscalizadas, 38 (67%) elaboraram o Plano de Trabalho Anual - PAA. No entanto, em apenas 21 (37%) dessas gerências foi evidenciado que o plano elaborado era utilizado como ferramenta de gestão.

Algumas Gerências justificaram a não elaboração do PAA por não terem conhecimento de sua necessidade/importância. Essa situação foi relatada em Santo André/SP e Petrolina/PE.

Outros gestores afirmaram que não existe uma metodologia detalhada para a elaboração do plano no Manual do SST ou para seu monitoramento. Essa situação ocorreu em Jundiaí/SP, Guarulhos/SP, Santa Maria/RS, Taubaté/SP e SP Leste/SP.

A partir desse relato, a equipe de auditoria verificou que, de fato, não existe detalhamento acerca dos requisitos necessários à elaboração do PAA, tais como ações, metas, cronograma e responsáveis. Da mesma forma, inexistia metodologia para o seu monitoramento detalhado no documento. Por esse motivo, em outras GEX, a exemplo das situadas em Curitiba/PR, Santo André/SP e São Bernardo do Campo/SP, os Chefes do SST afirmaram da necessidade de receberem capacitação para a elaboração e o monitoramento do plano.

Em apenas 14 (25%) das Gerências fiscalizadas foram realizadas reuniões mensais para atualização dos atos normativos e avaliação/planejamento do plano de ação do Serviço de Saúde do Trabalhador - SST. Ademais, constatou-se que em apenas 17 (30%) das GEX foram realizadas reuniões técnicas trimestrais com todos os peritos médicos para discussão de elementos constituintes dos Laudos de Perícia Médica – LPM e possíveis dúvidas dos servidores quanto à sua elaboração.

Com relação às reuniões mensais e trimestrais, a justificativa mais comum foi a restrição orçamentária devido ao contingenciamento realizado no exercício de 2015, que impediu o custeio de diárias e passagens aos PMP/SMP lotados nas APS sob jurisdição de cada GEX.

Apesar desse cenário desfavorável, foram identificadas boas práticas de gestão passíveis de serem replicadas em outras Unidades da autarquia, a exemplo da solução adotada pelo



Chefe do SST da GEX SP Leste, que, ao invés de custear a ida de todos os médicos à GEX, deslocou-se às Agências sob sua jurisdição para a realização das reuniões técnicas com os PMP/SMP e supervisores técnicos locais, diminuindo os custos e cumprindo a função de uniformizar rotinas e entendimentos.

Ainda sobre essa questão, o INSS ratificou a importância dos encontros técnicos para o alinhamento de condutas dos peritos médicos, e comprometeu-se a adotar medidas para garantir o cumprimento dessa rotina, a exemplo da orientação para a realização de videoconferências.

Segundo o Manual, a chefia do SST, no âmbito de sua área de abrangência, é quem designa servidor do quadro de pessoal do INSS, pertencente à categoria funcional de Perito Médico Previdenciário ou de Supervisor Médico-Pericial, para exercer as atividades de supervisão técnica, mediante Portaria. Nesse sentido, verificou-se a designação, por meio de portaria, dos Supervisores Técnicos (ST) e identificou-se que 48 (84%) Unidades fiscalizadas designam formalmente os ST.

O supervisor Técnico pode ainda desenvolver as atividades de Controle Operacional Médico (CO), assim como outros PMP/SMP devidamente designados por meio de portaria. Ante o exposto, verificou-se que em 44 (77%) das GEX fiscalizadas houve designação formal para essa função.

Para as situações em que foram constatadas as ausências de designações formais, as equipes emitiram Notas de Auditoria que foram atendidas durante os trabalhos de campo.

No entanto, a despeito de formalizadas, as atividades atribuídas aos supervisores não são realizadas. Uma das atribuições dos Chefes do SST é analisar por amostragem os pareceres dos gestores do controle operacional/CO e ST. Essa prática foi identificada em apenas 21 (37%) das GEX fiscalizadas. Além disso, em somente 20 (35%) das Unidades os ST estão realizando a avaliação dos LPM por meio do formulário padrão, denominado *Qualitec*.

Conforme verificado, a falta de detalhamento das atividades de supervisão no Manual do SST compromete as atividades de análise dos profissionais com estas atribuições.

Exemplo dessa situação ocorre na Gex Uruguaiana/RS, onde não se realiza a análise dos pareceres dos gestores do CO sob alegação de falta de rotinas estabelecidas no manual acerca de como deveria ser formalizada essa avaliação.

No que se refere ao *Qualitec*, alguns gestores afirmaram desconhecer a nova metodologia de elaboração da amostra, como nas GEX Porto Alegre/RS e Passo Fundo/RS. A elevada demanda de agendamento de perícias e a priorização de sua realização em detrimento de outras atividades foram as principais causas alegadas pelas GEX para a não realização do *Qualitec*. Nesse sentido, verificou-se que todas as atividades de supervisão foram impactadas devido à priorização do atendimento. Como exemplo, pode-se citar a GEX Araçatuba/SP, onde tanto os ST quanto a Chefia do SST atendem as agendas de perícias médicas. Ou seja, mesmo os PMP/SMP alocados no SST para atividades de supervisão médico pericial, são deslocados, em alguma medida, para atendimento ao segurado.

Assim, com base nas auditorias realizadas em 57 Gerências Executivas do INSS verificou-se que, a despeito de 615 (24%) dos peritos médicos estarem alocados em atividades complementares à agenda ou de supervisão, em 63% (36) das GEX o Plano de Trabalho Anual do SST é mera formalidade e não é efetivamente monitorado, em 65%



(37) das GEX não foram realizadas as avaliações dos LPM, em 63% (36) das GEX não são realizadas as análises dos pareceres do Controle Operacional e em 70% das GEX (40) as reuniões técnicas, nas quais são tratados, dentre outros, os elementos dos LPM identificados como inconsistentes, não estão ocorrendo.

Causa

As causas para a inadequação do processo de supervisão das atividades médico-periciais são: o contingenciamento de recursos, a priorização das atividades de atendimento aos segurados e a falta de detalhamento de como realizar algumas atividades de supervisão.

Com relação ao contingenciamento de recursos, trata-se de um fato notório que afeta a todos os órgãos da Administração Pública Federal e sob o qual o gestor não possui governança. No entanto, há possibilidade de adaptação das atividades de supervisão médico-periciais ao atual cenário orçamentário, a exemplo da realização de reuniões por videoconferências.

No que se refere à priorização do atendimento, entende-se ser uma decisão acertada frente aos problemas sofridos pelo INSS no decorrer do exercício de 2015, em especial a greve dos servidores. Entretanto, é importante ressaltar que a melhora no processo de supervisão garante maior eficácia e eficiência ao atendimento, o que impacta diretamente na qualidade dos serviços prestados ao cidadão.

Por fim, no tocante à falta de detalhamento de como realizar algumas atividades de supervisão, verifica-se a necessidade de aprimoramento dos instrumentos de controle, em especial do manual que trata do assunto. Sobre essa questão, conforme disposto no Artigo 125 do Regimento Interno do INSS, aprovado por meio da Portaria MPS nº 269/2009, compete à Diretoria de Saúde do Trabalhador gerenciar e normatizar as atividades de perícia médica de benefícios previdenciários.

Manifestação da Unidade Examinada

O INSS informou que estão em processo de elaboração os parâmetros para avaliação do trabalho dos ST e que publicou, em 30.11.2015, o Memorando-Circular nº 19 DIRSAT/INSS, que orienta as Unidades Descentralizadas acerca do monitoramento do trabalho de planejamento de ações no âmbito das Seções/Serviços de Saúde do trabalhador/SST.

Além disso, comprometeu-se a atualizar o Manual de Gestão do SST no que se refere à orientação dos processos de elaboração e acompanhamento do Plano de Trabalho Anual.

Análise do Controle Interno

Os fatos apontados nos trabalhos evidenciaram fragilidades no processo de supervisão da atividade médico-pericial. Nesse sentido, foram identificadas oportunidades de melhorias no que se refere aos instrumentos de gestão e de controle do processo, sob responsabilidade da Diretoria de Saúde do Trabalhador.

Importante registrar que, a partir dos apontamentos realizados pela equipe, houve um comprometimento dos níveis estratégicos da autarquia com a sua solução, a exemplo da publicação do Memorando-Circular nº 19/2015.

Recomendações:



Recomendação 1: Definir de forma detalhada os processos de elaboração/acompanhamento do Plano de Trabalho Anual do SST.

Recomendação 2: Definir detalhadamente a forma de seleção de amostra de laudos do Qualitec para avaliação dos supervisores técnicos.

1.2.1.3 CONSTATAÇÃO

Pagamento de benefícios por incapacidade por um período superior ao estimado para recuperação da capacidade laboral

Fato

Nos trabalhos de avaliação dos processos gerenciais do INSS na execução das ações relativas ao auxílio-doença, realizados em 2015, a regularidade dos pagamentos foi avaliada sob dois aspectos: os pagamentos de benefícios para os quais há registro de óbito do titular e a manutenção do benefício sem a revisão da incapacidade do beneficiário por parte do INSS.

No que se refere ao primeiro aspecto avaliado, utilizando dados da Maciça, do Sistema de Controle de Óbitos (SISOBÍ) do Ministério da Previdência Social e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, foi identificada uma quantidade pequena de indícios de pagamentos a beneficiários falecidos. Por meio do cruzamento das bases de dados dos sistemas SISOBÍ e SIM com benefícios de auxílio doença em manutenção há mais de dois anos pagos em maio de 2015, identificou-se 54 benefícios mantidos há mais de dois anos que, mesmo após o registro do óbito do beneficiário nos sistemas, continuam sendo pagos mensalmente pelo INSS. Os benefícios foram pagos em maio de 2015 e o registro dos óbitos no SIM e SISOBÍ ocorreu em dezembro de 2014.

Em verificação igual a esta, realizada em 2012 e publicada no Relatório de Avaliação nº 42 em 2015, constataram-se 9.729 benefícios por incapacidade em condições semelhantes. O número é significativamente maior do que o que foi constatado agora.

Dessa forma, conclui-se que, com relação ao aspecto de pagamento de benefícios por incapacidade para os quais há registro de óbito do titular, a gestão do INSS é adequada.

Com relação ao segundo aspecto, de acordo com dados da maciça, o INSS pagou em maio de 2015, aproximadamente, R\$ 1,8 bilhão a 1,6 milhão de beneficiários do auxílio doença. Naquele mês, 43% dos benefícios estavam sendo pagos há mais de dois anos, sendo que em 19% dos casos os pagamentos eram feitos há mais de cinco anos. São R\$ 811 milhões pagos mensalmente pelo INSS a 721 mil beneficiários incapacitados para o trabalho há pelo menos dois anos, situação que sinaliza a possibilidade de manutenção de benefícios por um período superior ao tempo estimado para recuperação da incapacidade sem a realização de nova perícia médica.

O tempo estimado para que o segurado, impedido de trabalhar por motivo de doença ou acidente, possa recuperar a sua capacidade ao trabalho foi objeto de estudo realizado pelo INSS. Como resultado, estabeleceram-se parâmetros estimados de períodos de repouso por motivos de doenças para as enfermidades codificadas de acordo com a 10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10. O estudo, denominado de *Tempo estimado para recuperação de capacidade funcional baseado em evidências*, foi colocado em consulta pública pelo Ministério da Previdência Social em março de 2012.



O estudo foi adotado pela equipe de auditoria como parâmetro para a verificação da relação entre a quantidade de dias em que os benefícios estão em manutenção e o tempo em que deveriam permanecer em manutenção.

As estimativas de afastamento do estudo permitiram identificar a existência de diferenças entre o período de pagamento do benefício e o tempo em que o segurado deveria retornar ao trabalho para 1,1 dos 1,6 milhão de benefícios pagos em maio de 2015.

A análise dos demais benefícios não foi realizada, uma vez que as doenças associadas a esses não tiveram o prazo de afastamento estimado pelo estudo ou foram concedidos sem uma avaliação médico pericial do INSS.

O principal ponto constatado foi a diferença entre os prazos estimados no estudo e o tempo médio em que os benefícios são mantidos. A tabela 1 apresenta a posição em maio de 2015 quanto à quantidade, ao valor dos benefícios, ao prazo estimado no estudo para recuperação da capacidade laboral do segurado e à média de dias em que estão em manutenção.

Tabela 1 – Tempo estimado em manutenção x Tempo efetivo em manutenção – Auxílio Doença

Prazo Estudo	Média de dias em manutenção	Qtde de benefícios	Valor mensal benefícios
De 16 a 30 dias	847	205.317	246.013.114,28
De 31 a 60 dias	864	388.438	463.627.430,45
De 61 a 360 dias	808	428.722	505.348.103,97
Total	837	1.022.477	1.214.988.649

Fonte: Estudo GT e Maciça

Conforme se observa, para 205.317 benefícios pagos, o segurado deveria ter recuperado a capacidade laboral, segundo estimativas do estudo, em até trinta dias, porém permaneciam em manutenção por, em média, 847 dias. O raciocínio é o mesmo para as demais faixas de tempo estimadas pelo estudo. Os segurados que recebem benefícios associados a uma doença com prazo estimado deveriam recuperar a capacidade laboral em no máximo 360 dias, mas permanecem com o benefício em manutenção, em média, por 837 dias.

Em tese, a prorrogação de um benefício por um período prolongado dependeria de revisões periciais periódicas de no máximo dois anos pelo INSS. No entanto, os benefícios de auxílio doença permanecem, na média, sendo pagos por um período muito superior ao estimado pelo próprio INSS, o que somente pode ser explicado pela falta de revisão pericial para grande parte dos benefícios em manutenção.

Em maio de 2015, de acordo com dados da Maciça, 733 mil (45%) dos 1,6 milhão de benefícios de auxílio doença pagos não tinham registro de quando o benefício deveria ser cessado (Data de Cessação do Benefício – DCB). O resultado destoa do percentual de benefícios concedidos mensalmente pelo INSS sem uma DCB. Entre janeiro de 2014 e maio de 2015, a média de benefícios concedidos sem uma DCB, foi de apenas 5%. A elevada quantidade de benefícios sem a data de cessação sinaliza que o INSS, ou não faz a comunicação ao segurado para agendamento da perícia de revisão para comprovação da incapacidade ou não realiza a suspensão do benefício quando a mesma não é agendada em até 60 dias do fim da data para comprovação da incapacidade.



Conforme apresentado na tabela 2, a última revisão pericial para 14% dos benefícios que estavam em manutenção em maio de 2015 ocorreu há mais de dois anos. São R\$ 265 milhões mensais pagos a segurados que deveriam ter sido comunicados pelo INSS para agendamento da perícia médica de revisão. Um problema ainda mais grave apontado na mesma tabela é que para 18% dos benefícios em manutenção, ou R\$ 284 milhões, não foi realizada nem a perícia inicial.

Tabela 2 – Data da última perícia – Auxílio doença

Data da última perícia	Qtde	%	Valor
Menos de 2 anos	1.119.787	69%	1.318.221.069
2 (incluso) a 5 anos	109.255	7%	126.068.869
5 (incluso) a 10 anos	104.579	6%	129.375.480
10 anos ou mais	8.525	1%	9.586.157
Sem perícia	290.065	18%	284.462.018
Total	1.632.211	100%	1.867.713.593

Fonte: Maciça

Considerando as duas situações, benefícios em manutenção em que as perícias foram realizadas há mais de dois anos ou benefícios concedidos sem perícia médica, foram pagos pelo INSS, em maio de 2015, R\$ 549 milhões.

Para identificar o motivo pelo qual os benefícios que não passam por revisões periciais dentro do prazo de dois anos não são suspensos ou cessados, foi selecionada uma amostra aleatória de 80 benefícios do universo de 222.359 benefícios em que a última revisão pericial foi há mais de dois anos. As estimativas foram realizadas após consultas, em setembro de 2015, ao Sistema Único de Benefícios (SUB) do INSS. É possível estimar, com 95% de nível de confiança, que 97,5% dos benefícios mantidos há mais de dois anos sem uma revisão pericial foram reativados judicialmente ou concedidos por meio de força judicial. Ou seja, após a cessação do benefício, o segurado conseguiu na justiça o direito de voltar a receber o pagamento ou obter a concessão inicial do benefício. Da mesma forma, verificou-se que 97% dos benefícios concedidos sem uma perícia inicial estavam amparados por decisão judicial.

No mês de maio de 2015 foram pagos R\$ 536 milhões a 500 mil benefícios concedidos/reactivados judicialmente na situação em que a perícia foi realizada há mais de dois anos ou o mesmo foi concedido sem perícia médica (Tabela 3).

Tabela 3 – Estoque de benefícios concedidos/reactivados judicialmente em que a perícia foi realizada há mais de dois anos ou o mesmo foi concedido sem perícia médica.

Concessão	Qtde	Valor
Reativação judicial	211.241	R\$ 251.778.981
Concessão judicial	289.124	R\$ 284.397.416
Total	500.365	R\$ 536.176.397

Fonte: Maciça maio/2015 e estimativas autor

Após a apresentação dos fatos constatados acima, o INSS informou que a revisão de benefícios por incapacidade já constava da Ação Centralizada no Plano de Ação 2016 para Redução de Despesas Obrigatórias (Ações nº 3, 4 e 5) pactuado com o MP no início do ano e que em reunião realizada com os Representantes Técnicos da Perícia Médica (RETs-PM) um dos pontos chave foi o início da revisão dos Benefícios por Incapacidade de Longa Duração/BILD.



O Plano de Ação pactuado com o MP previa a revisão de 500 mil benefícios de auxílio doença e 700 mil, de aposentadoria por invalidez de longa duração (em manutenção há mais de três anos). Nesse sentido, para priorizar e revisar os benefícios, o INSS informou que desenvolveu um sistema em conjunto com a Audin, o SIGEBI – Sistema de Gestão de Benefícios por Incapacidade, para mapeamento e monitoramento das ações de revisão conforme estas ocorram. Foram selecionadas 47 APS cujos indicadores TMEA-PM estão abaixo de 30 dias e com pelo menos 2 PMP/SMP lotados para o início imediato dos trabalhos de revisão. Segundo o INSS, a ação já foi iniciada e, considerando apenas os 500 mil benefícios de auxílio doença tem prazo de conclusão de 48 meses.

Em 7 de julho de 2016, após um período de intensa discussão com diversos órgãos, o governo publicou a Medida Provisória nº 739 com importantes desdobramentos na política pública. A Medida definiu o prazo de 120 dias para cessação do benefício de auxílio doença concedido/reativado judicialmente nos casos em que não houve uma fixação da data de cessação do benefício. Criou também, o Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade (BESP-PMBI) pago temporariamente aos peritos médicos, pelo prazo de 24 meses, para revisão dos benefícios por incapacidade mantidos há mais de dois anos sem perícia médica.

Até maio de 2016, já haviam sido revisados e cessados 34 mil benefícios por incapacidade (auxílio doença e aposentadoria por invalidez) de longa duração. Foram cessados 29 mil benefícios de auxílio doença e 5 mil de aposentadoria por invalidez. Assumindo um valor médio de R\$ 1.144,00, a cessação dos benefícios gerou uma economia estimada anual de R\$ 505 milhões.

O INSS informou, também, que irá criar parâmetros referenciais por meio da consolidação e publicação de Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-pericial das patologias mais frequentes de afastamento, todas previamente aprovadas em consulta pública e acrescidas de contribuições das sociedades de especialidades. Informou, ainda, que estas já possuem o Tempo Estimado de Afastamento, baseado no CID 10, para os diferentes impactos que a patologia possa ter causado à capacidade laboral do segurado, sendo que estão publicadas até o momento as diretrizes de Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Clínica Médica Volume I (Doenças Endócrinas e Metabólicas, do Sistema Nervoso, do Sistema Digestório, do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo) e Clínica Médica volume II (HIV/AIDS, Tuberculose e Hanseníase). As Diretrizes de Cardiologia e Pneumologia encontram-se em elaboração. Ademais, informou que serão inseridos, no SIBE BI, parâmetros de apoio à decisão médico-pericial de acordo com essas diretrizes. O prazo para conclusão das diretrizes em elaboração é de doze meses.

Foi elaborada a regulamentação do pedido de prorrogação (PP) em conformidade com o Decreto nº 8691/2016, o qual viabiliza que o PP do segurado empregado possa ser realizado pelo médico assistente do SUS, liberando vagas potenciais nas agendas dos PMP/SMP do INSS principalmente para as perícias iniciais (AX1). A regulamentação do Decreto, que possibilita a prorrogação do benefício por incapacidade por meio do atestado do médico assistente do SUS, vai permitir liberar parte considerável da capacidade médico pericial do INSS para atendimento inicial, revisão de benefícios ou atividades de supervisão técnica. Em julho de 2015, aproximadamente 37% das perícias médicas realizadas no mês foram de pedidos de prorrogação.

Por fim, iniciou-se um projeto piloto na GEX RJ Centro, ajustando-se o fluxo de atendimento da perícia médica para que as pendências administrativas do segurado sejam resolvidas após o atendimento do PMP/SMP, garantindo a realização da perícia agendada sem necessidade de espera.



Causa

A causa para os benefícios por incapacidade permanecerem em manutenção por um prazo superior ao necessário para recuperação da capacidade laboral relaciona-se com a indefinição de quando parte dos benefícios concedidos devem cessar e da falta de revisão por parte dos INSS para reavaliar a capacidade laboral do segurado.

Com relação ao primeiro aspecto, a edição em 2016 da Medida Provisória nº 739 tende a mitigar a sua ocorrência, uma vez que para os benefícios por incapacidade concedidos judicialmente definiu-se um prazo máximo de 120 dias para sua cessação. De acordo com os resultados dos trabalhos, aproximadamente 97% dos casos de benefícios de auxílio doença mantidos a mais de 2 anos referem-se a concessões judiciais.

No tocante à revisão dos benefícios, foram adotadas medidas para sua implementação, a exemplo do Plano de Ação firmado com o Ministério do Planejamento e da elaboração de Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-pericial. Em que pesem essas boas práticas, cabe à Diretoria de Saúde do Trabalhador garantir que seus cronogramas sejam cumpridos.

Manifestação da Unidade Examinada

O INSS não apresentou manifestações que contestassem os fatos descritos acima, mas uma série de iniciativas adotadas e em elaboração para reduzir o tempo em que os benefícios por incapacidade permanecem em manutenção.

Análise do Controle Interno

Com base nas evidências coletadas pelas equipes de auditoria, verificou-se que existiam distorções na concessão e na manutenção de benefícios de auxílio-doença, resultando no pagamento mensal de aproximadamente R\$ 549 milhões para benefícios mantidos por mais de dois anos ou sem perícia médica inicial.

A partir desses apontamentos, foram adotadas diversas medidas que contribuíram para mitigar o problema. Nesse sentido, é importante registrar a iniciativa do INSS em firmar um Plano de Ação com o Ministério do Planejamento para a revisão de 500 mil benefícios de auxílio doença e 700 mil de aposentadoria por invalidez de longa duração.

Além disso, a publicação em 2016 da Medida Provisória nº 739 tende a contribuir com a solução dos problemas relacionados à concessão judicial de benefícios, uma vez que define prazo máximo de 120 dias para benefícios de auxílio doença concedido/reativado judicialmente nos casos em que não houve uma fixação da data de sua cessação.

Como consequência dessas iniciativas, até maio de 2016 já haviam sido revisados e cessados 34 mil benefícios por incapacidade (auxílio doença e aposentadoria por invalidez) de longa duração. Foram cessados 29 mil benefícios de auxílio doença e 5 mil de aposentadoria por invalidez. Assumindo um valor médio de R\$ 1.144,00, a cessação dos benefícios gerou uma economia estimada anual de R\$ 505 milhões.

Apesar do comprometimento dos níveis estratégicos da autarquia com a solução do problema, verifica-se que há oportunidades de melhorias no que se refere ao modelo atual de reconhecimento de direito de benefícios por incapacidade. Ademais, cabe ao gestor garantir a revisão dos benefícios com indícios de irregularidade.



Recomendações:

Recomendação 1: Priorizar e revisar os benefícios que estão há mais de dois anos em manutenção ou que nunca passaram por uma perícia médica.

Recomendação 2: Reavaliar o modelo atual de reconhecimento de direito de benefícios por incapacidade, incorporando a criação de parâmetros referenciais acerca do tempo estimado para recuperação de capacidade funcional pelo segurado.

Recomendação 3: Reavaliar o modelo atual de reconhecimento de direito de benefícios por incapacidade, incorporando a definição de procedimento de supervisão da concessão e manutenção de benefícios de Auxílio-doença, mesmo que de forma amostral, em especial os que apresentarem distorções em relação aos parâmetros referenciais estabelecidos.

Recomendação 4: Caso confirmados os indícios de irregularidade nas situações apontadas no cruzamento com o SIM e SISOB, cessar e ressarcir os valores recebidos de forma indevida.

1.2.1.4 INFORMAÇÃO

Disponibilização de perícias médicas em desacordo com a capacidade operacional do órgão

Fato

A adequabilidade na disponibilidade de perícias médicas aos segurados por parte do INSS foi avaliada em dois estágios. No primeiro estágio levou-se em consideração se a quantidade de Peritos Médicos Previdenciários/Supervisores Médico Periciais (PMP/SMP) alocados para atendimento médico pericial era adequada. No segundo estágio, procurou-se avaliar se a programação da atividade médico pericial era compatível com os PMP/SMP alocados no atendimento aos segurados.

Após a análise dos dados, verificou-se que, do total de 2.560 PMP/SMP lotados nas 57 GEX auditadas, 2.292 (90%) encontram-se lotados nas APS.

Verificou-se, ainda, que 1.935, ou 76% de todos os 2.590 PMP/SMP lotados na GEX estão alocados no atendimento do agendamento do exame médico-pericial e o restante (24%) realiza atividades complementares à agenda ou de supervisão.

De forma geral, conclui-se que os PMP/SMP estão sendo alocados no atendimento médico pericial dos segurados. Mesmo considerando as demais atividades atribuídas aos peritos, 76% realizam atividades de atendimento médico pericial. A quantidade de PMP/SMP alocados no atendimento médico pericial, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo próprio INSS, deveria ser suficiente para priorizar o atendimento ao segurado e manter a qualidade do serviço.

Para todos os PMP/SMP alocados em atendimento médico pericial em cada uma das 57 Gerências Executivas foi aferida a capacidade operacional de uma semana de trabalho. A Capacidade Operacional foi calculada de acordo a jornada de trabalho de cada



PMP/SMP e se este trabalha em APS com turno estendido. Conforme apresentado na tabela 1, por exemplo, um perito com carga horária de 40 horas e que trabalha em uma APS que funciona em turno estendido deve ter uma escala de 30 horas semanais, ou o equivalente a 15 perícias diárias. Em tese, o que não é disponibilizado na forma de perícia médica ao segurado, deveria ser programado para as atividades extra agenda.

Tabela 1 – Escala de perícias médicas

APS	Jornada Semanal PMP(h) (SIAPE)	Jornada Semanal PMP (h) (AGENDA SABI)	Qtde. mínima de perícias diárias
C/ Turno Estendido	40 ou 30	30	15 (3 p/ hora)
S/ Turno estendido	40	40	18 (3 p/ hora)
C/ ou S/ Turno Estendido	20	20	12 (3 p/ hora)

Verificou-se que nas 57 GEX analisadas, na semana de trabalho avaliada, poderiam ter sido disponibilizadas 174.603 perícias médicas. Verificou-se que 22.007 perícias (13% do total) não foram disponibilizadas e nem justificadas pelo gestor.

Após a apresentação dos fatos mencionados acima, o INSS realizou, no período de 5 a 8 de abril, reuniões com os Representantes Técnicos da Perícia Médica das Superintendências (RETs PM). As reuniões tiveram como objetivo discutir e analisar as constatações apresentadas até aqui relacionadas à disponibilidade de perícia médica. O órgão informou que Sistema de Registro das atividades da Perícia Médica/SRPM das GEX identificadas como ineficientes foi analisado de forma detalhada e reiterou a obrigatoriedade do seu preenchimento pelos PMP/SPM que atendem a agenda nas APS. Ademais, O INSS definiu um acompanhamento sistemático da disponibilização das agendas das GEX pelos Representantes Técnicos da Perícia Médica (RETs PM) das Superintendências, com a supervisão da DIRSAT.

1.2.1.5 INFORMAÇÃO

Cobrança Administrativa

Fato

A cobrança administrativa de valores devidos ao INSS está disciplinada pela Instrução Normativa INSS/PRES nº 74, de 03 de outubro de 2014, da qual se reproduz a seguir o objetivo:

“Art. 22. A fase de cobrança administrativa tem por objetivo a adoção de medidas que visem ao ressarcimento de prejuízo causado ao erário, bem como demais valores devidos e inicia-se com a notificação do interessado da decisão administrativa definitiva proferida na fase de apuração.”

Todas as etapas necessárias à cobrança dos valores devidos estão disciplinadas – a instauração do processo administrativo de apuração, a apuração dos valores devidos propriamente, o encerramento da fase apuratória, a cobrança administrativa dos valores, o pagamento, as possibilidades de parcelamento da dívida, as providências ante inadimplemento, as regras de decadência e prescrição e os procedimentos específicos de cobrança a cargo da área de benefícios e da área de gestão de pessoas.

A área de Monitoramento Operacional de Benefícios – MOB é a responsável pela execução das atividades de cobrança, conforme consta em seu respectivo manual operacional (destaques ausentes no original):



“1. MONITORAMENTO OPERACIONAL DE BENEFÍCIOS

Pauta-se em um conjunto de ações que visam à prevenção da ocorrência de disfunções, à avaliação de riscos e à avaliação dos controles internos inerentes a área de Benefícios.

2. OBJETIVOS

- a) conscientizar os servidores sobre seu papel em relação ao Controle Interno na Área de Benefícios;*
- b) desenvolver ações preventivas para evitar a ocorrência de disfunções;*
- c) verificar a qualidade das informações relativas às alterações, inclusões e exclusões de dados cadastrais, vínculos, remunerações e contribuições, realizadas no Cadastro Nacional de Informações Sociais- CNIS;*
- d) verificar a qualidade dos processos de benefícios nas fases de reconhecimento, revisão e manutenção do direito e Perícia Médica, para todos os tipos de benefícios;*
- e) identificar a necessidade de capacitação dos servidores;*
- f) identificar a necessidade de melhoria nos sistemas informatizados;*
- g) monitorar as demandas oriundas de órgãos internos e externos;*
- h) realizar apuração de possíveis indícios de irregularidades, bem como o acompanhamento de todas as fases do processo de apuração; e***
- i) realizar e monitorar o processo de cobrança administrativa de valores recebidos indevidamente, desde o levantamento destes, até o efetivo ressarcimento.”***

O MOB tem servidores portariados em Agências da Previdência Social e Gerências Executivas. Eles são tecnicamente subordinados à Coordenação de Monitoramento Operacional de Benefícios.

O Monitoramento Operacional de Benefícios na Agência da Previdência Social é responsável pela apuração de indícios de irregularidades em relação a concessão irregular, manutenção e acumulação indevida de benefícios, retorno voluntário ao trabalho de aposentados por invalidez e dos detentores de auxílio-doença, revisão bial de aposentadoria por invalidez, recebimento indevido após o óbito do titular do benefício, emissão irregular de Certidão de Tempo de Contribuição e alteração indevida de dados no CNIS.

As apurações de indícios de irregularidades são realizadas nas APS onde estão mantidos os benefícios. Se no decorrer da apuração houver indício de envolvimento de servidor ou de organização criminosa, o responsável pelo MOB da APS que está realizando a apuração deverá elaborar relatório detalhando o ocorrido e encaminhar o processo para o MOB da Gerência Executiva a qual a APS está subordinada, que passará a ser responsável pela condução do processo.

Anualmente, no mês de outubro, o MOB da GEX deve elaborar o Plano Anual de Ação das Atividades de Monitoramento Operacional da Gerência Executiva, contendo objetivos, estratégias, cronograma, responsáveis e recursos necessários.

Podem ser alvo de cobrança administrativa beneficiários, outras pessoas físicas que tenham recebido indevidamente valores do INSS e também agentes pagadores (bancos), que operacionalizam o pagamento dos benefícios aos segurados, no caso de terem permitido saque de valores da conta do beneficiário após óbito.

As dificuldades do INSS em efetuar a cobrança dos valores que lhe são devidos não são recentes. A CGU já tratou do tema em outras oportunidades, sob diferentes enfoques. A fim de melhor compreender o contexto atual e a dimensão do problema, é conveniente



relembrar parte do que já foi consignado em relatórios anteriores quando das respectivas auditorias de avaliação anual de gestão.

No Relatório nº 201305680, de 2013, foi abordada a cobrança dos valores devidos ao INSS pelos bancos contratados para operacionalizar os pagamentos de benefícios. À época, foram identificadas ações de cobrança relativas a somente 2.322 processos, correspondendo a um total de R\$ 84 milhões, de um universo estimado em 30 mil processos de pagamento indevido pós-óbito que não estavam ainda totalmente cadastrados no sistema de monitoramento de cobrança.

Observou-se, quando daquela auditoria, que o INSS somente estava ciente dos valores dos processos efetivamente cadastrados em seu sistema de controle, o que não incluía a totalidade do acervo de processos pendentes.

Em 21.05.2013³ a unidade justificou a situação por não dispor de um sistema informatizado para o processo de cobrança, pela falta de estrutura e pela escassez de recursos humanos e orçamentários necessários à cobrança. Informou, ainda, que efetuará “*demanda perante a DATAPREV visando agregar no Sistema de Controle Financeiro – SCF módulo de cadastramento de processos oriundos das APS/MOB, pelos servidores da OFC/GEX (atualmente o controle é realizado por meio de planilha manual)*”, e que foram constituídos grupos de trabalho vinculados às Superintendências Regionais para agilizar as cobranças dos pagamentos indevidos de benefícios pós-óbito.

Em manifestação, encaminhada pelo Ofício nº 545/GABPRES/INSS, de 11.7.2013, após a reunião de busca conjunta de soluções, o INSS assumiu alguns compromissos:

“a. Inicialmente, registramos que esta Coordenação-Geral de Orçamento, Finanças e Contabilidade – CGOFC assume o compromisso de realizar todas as cobranças dos processos pós-óbito encaminhados à área de Orçamento, Finanças e Contabilidade até o fim do presente exercício;

b. Ressaltamos que para esse fim já foram editadas e publicadas as PORTARIAS CONJUNTAS nos 02, 03, 04, 05 e 06 PRES/DIROFL, de 07/05/2013, que constituíram Grupos de Trabalho visando à realização de cobranças administrativas perante a rede bancária cujas atividades iniciaram em 02/06/2013, sendo que até a presente data foram efetuadas em torno de 6.400 cobranças administrativas;

c. Outro ponto a ser enfatizado diz respeito à gestão que esta Autarquia fará perante a Federação dos Bancos Brasileiros – FEBRABAN, no sentido de que sejam aceitas as cobranças administrativas realizadas pelas Gerências Executivas para as agências centralizadoras dos bancos, fato este que agilizaria sobremaneira o processo, uma vez que a concessão e manutenção desses benefícios são de responsabilidade de cada unidade descentralizada; ”

(...)

A CGU entendeu que “as medidas pontuais conduzidas pelos gestores, antes e durante o presente trabalho de auditoria, apesar de adequadas, ainda não foram suficientes para sanar as questões verificadas”, e instou a autarquia a “adotar, em caráter de urgência, providências para identificação, mensuração e cobrança dos valores referentes aos processos atualmente existentes, bem como implementar medidas de caráter estruturante

³ Em resposta à Solicitação de Auditoria nº 201305680-12.



de modo a permitir à entidade o gerenciamento adequado da cobrança e restituição dos valores devidos por instituições financeiras tratadas neste item do relatório (...).”

O relatório também chamou a atenção para possibilidade de responsabilização dos agentes causadores de prejuízos decorrente de intempestividade na cobrança dos agentes pagadores, conforme previsão da Lei nº 8.429/1992:

“Art. 10. Constitui ato de improbidade administrativa que causa lesão ao erário qualquer ação ou omissão, dolosa ou culposa, que enseje perda patrimonial, desvio, apropriação, malbaratamento ou dilapidação dos bens ou haveres das entidades referidas no art. 1º desta lei, e notadamente:

I - Facilitar ou concorrer por qualquer forma para a incorporação ao patrimônio particular, de pessoa física ou jurídica, de bens, rendas, verbas ou valores integrantes do acervo patrimonial das entidades mencionadas no art. 1º desta lei.”

Foram oferecidas ao INSS seis recomendações visando melhorar a efetividade do processo de cobrança administrativa, abordando planejamento e alocação de recursos adequadamente dimensionados a todas as fases do processo, aprimoramento dos registros de controle, cadastramento da totalidade dos processos pendentes para dimensionamento do montante a reaver, melhor controle dos processos encaminhados à Procuradoria Federal Especializada e, por fim, recomendou-se adotar providências para quantificar prejuízos decorrentes de ausência ou intempestividade de cobrança dos valores devidos pelos agentes financeiros contratados, aplicando-se as medidas correicionais cabíveis.

No Relatório de Auditoria nº 201406276, referente à avaliação da gestão de 2013, elaborado e publicado em 2014, retomou-se a avaliação do desempenho do órgão na instauração de Tomada de Contas Especial – TCE. Novamente se constatou morosidade na cobrança administrativa.

As dificuldades do INSS nessas ações ficaram evidenciadas em uma coletânea de trabalhos realizados desde 2005 – foram mencionados os relatórios 139816/2005, 175153/2006, 189534/2007, 218065/2008, 224735/2009 e 244083/2010, todos apontando a insuficiência dos resultados obtidos em comparação com o universo de processos passíveis de instauração de TCE.

Àquela época, passados 8 anos desde que um grupo de trabalho identificara a existência de acervo de mais de 10 mil processos passíveis de instauração de TCE, com idade superior a 10 anos e pendentes de cobrança administrativa, a análise de mais de 55% deles não havia sido concluída.

Confrontado com os fatos evidenciados naquela avaliação anual de gestão, o INSS divulgou um cronograma no qual estimava concluir os trabalhos de avaliação de 5.277 registros pendentes de análise e realização de cobrança administrativa majoritariamente em 2014, restando 188 processos a serem concluídos em 2015. A equipe de auditoria lembrou que outros cronogramas semelhantes já haviam sido apresentados ao longo dos 8 anos anteriores – 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. Nenhum foi cumprido.

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 ocorrera, porém, o encaminhamento à PFE dos processos para os quais não houvera 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.

Da mesma forma, à época ainda não haviam sido 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 ainda não haver posicionamento definitivo da PFE sobre a eventual prescrição/decadência de processos, situação que permanece até os dias atuais.

Na auditoria realizada em 2015, referente aos atos de gestão de 2014 e consubstanciada no Relatório nº 201503396, verificou-se que não fora concluído o estudo sobre o dimensionamento da capacidade operacional necessária para melhoria do processo de cobrança aos bancos por pagamentos realizados após o óbito dos beneficiários. À época, a perspectiva era de que ao final de 2017 fosse concluído o estudo de lotação ideal da “área-meio”.

Por outro lado, houve avanço na análise de processos de cobrança administrativa com idade superior a 10 anos, tendo havido diminuição de 82% do acervo e recuperação de R\$ 144 milhões. Os processos restantes pendentes de análise totalizavam 1.963, e o gestor se comprometeu a concluir 632 (32,20%) até o final de 2015 e 1.331 (67,08%) até o final de 2017.

Considerando-se desde a implantação do sistema CMOBEN, em 01.04.2008, até 13.05.2015, a equipe de auditoria identificara 401.063 benefícios com indícios de irregularidades na esfera da cobrança administrativa, equivalente a um montante apurado de R\$ 5.052.949.153,70.

Desse total, haviam sido recuperados R\$ 816.443.640,87 (68.840 processos). Estavam em fase de recuperação R\$ 3.945.112.269,75 (312.714 processos) e foram considerados de difícil recuperação R\$ 291.393.243,08 (19.509 processos).

O detalhamento da situação dos processos em recuperação era o seguinte:

Situação dos processos	Valor (R\$)	Representatividade
Encaminhado para cobrança judicial	111.483.902,13	2,83%
Encaminhado para inscrição no CADIN	582.568.980,03	14,77%
Encaminhado à PFE para cobrança de espólio	67.994.650,26	1,72%
Encaminhado para a comissão de TCE da GEX	45.078.426,43	1,14%
Encaminhado à Polícia Federal para identificação do recebedor	543.602.921,63	13,78%
Débito sobrestado por interposição de recurso	213.856.882,09	5,42%
Débito sobrestado por decisão judicial	111.245.056,85	2,82%
Enviado à SOFC para cobrança junto ao agente pagador	1.063.593.013,05	26,96%



Em fase de cobrança administrativa	1.148.428.761,50	29,11%
Sobrestado por determinação da PFE	6.857.100,41	0,17%
Prejudicado por não identificação do recebedor	49.181.655,16	1,25%
Sobrestado / valores inferiores a R\$ 10.000,00	646.288,87	0,02%
Sem êxito na cobrança / valores inferiores a R\$ 500,01	574.631,34	0,01%
Total	3.945.112.269,75	100%

Com relação aos processos considerados de difícil recuperação, o quadro era este:

Situação dos processos	Valor (R\$)	Representatividade
Arquivado por determinação da PFE	26.219.851,84	10,46%
Inexistência de bens a inventariar	72.555.017,22	28,95%
Débito cancelado por decisão judicial	48.695.572,52	19,43%
Débito cancelado por decisão recursal	23.948.351,54	9,56%
Débito Prescrito	119.974.449,96	47,87%
Total	250.606.198,06	100,00%

Questionado sobre os lançamentos correspondentes a débito prescrito, o MOB informou que seriam revistos e provavelmente reclassificados como “em recuperação”.

A propósito, havia em 03.06.2015, segundo informado pelo MOB, um acervo de 980.273 procedimentos de apuração de indícios de irregularidades distribuídos entre as Gerências Executivas pendente de análise, englobando o período de 2008 a 2015.

Em razão dessa situação, foi emitida a seguinte recomendação, constante no Relatório nº 201406276:

Estabelecer e implementar um cronograma detalhado para análise de todos os registros para apuração no Monitoramento Operacional de Benefícios - MOB, a partir de uma qualificação dos aproximadamente 980 mil registros, priorizando-se aqueles considerados de maior impacto e definindo-se prazos, metas e indicadores específicos para o monitoramento do seu cumprimento.

A recomendação permanece pendente de atendimento. Recentemente, em 03.06.2016, o MOB atualizou as ações decorrentes do Plano de Providências Permanente (PPP), e informou que selecionou, dentre os 980 mil casos cadastrados no sistema CMOBEN, aqueles cujas demandas apresentavam maior probabilidade de irregularidade, e que teriam tratamento prioritário. Foram selecionados 226.015 processos, cuja análise deverá estar concluída até 31.12.2016.

Considerando-se os prazos prescricionais, notava-se o risco de prejuízos diante de um acervo tão grande de processos a serem analisados. O MOB dispunha, então, de 1.871 servidores, o que implicava haver em média mais de 523 processos a serem analisados por pessoa.

É relevante lembrar que caso ocorra a inércia da administração ao não emitir tempestivamente o Ofício de Defesa após o Despacho de Instauração, ou seja, dentro do quinquênio em que a prescrição se encontra suspensa, o termo inicial da contagem deixará de ser o Despacho de Instauração, passando a retroação a se dar a partir da data de expedição do Ofício de Defesa, reputando-se prescritas as demais parcelas de benefício recebidas indevidamente.

Por meio da presente avaliação anual da gestão do INSS pretendia-se verificar, com relação ao tema cobrança administrativa, a tempestividade na apuração e cobrança de valores devidos à entidade por agente público ou terceiros.



Preliminarmente, os objetivos do trabalho eram:

- a) Elaborar um diagnóstico da situação atual dos valores de créditos previdenciários passíveis de recuperação na esfera administrativa, incluindo a adequabilidade de sua capacidade operacional;
- b) Avaliar a eficácia, eficiência e efetividade do fluxo do processo de cobrança administrativa adotado pelo INSS;
- c) Avaliar a eficiência dos instrumentos de controle utilizados pelo INSS para o gerenciamento dos valores a serem cobrados administrativamente.

Tendo-se em mente esses objetivos e considerando-se o prévio conhecimento adquirido nos trabalhos anteriores já mencionados, foi apresentada ao INSS uma solicitação de auditoria (SA) inicial, cujas repostas poderiam fornecer elementos para análises ou questionamentos adicionais.

As demandas foram contextualizadas, recordando-se que foram abordados em exercícios anteriores o pagamento indevido de benefícios, as falhas nos controles internos em prevenir prejuízos, a ineficiência do processo de cobrança dos agentes pagadores quando da movimentação pós-óbito dos valores dos benefícios e a necessidade de adequação da capacidade operacional da área responsável para executar suas competências.

Por meio do Ofício nº 355/GABPRE/INSS, de 27.5.2016, a Presidência da autarquia informou que o INSS não tem condições de detalhar a situação da cobrança administrativa dos agentes pagadores e informar os valores que estão em processo de cobrança, separando o principal, juros, multas e atualizações.

Com relação ao sistema informatizado para controle dos processos de cobrança administrativa, o INSS informou que “permitirá a este Instituto ter o controle e a gestão dos processos de cobrança administrativa decorrentes de apuração de irregularidades em benefícios previdenciários e assistenciais. Por meio do mesmo, será possível dar acompanhamento aos processos de cobrança, bem como aos seus devidos encaminhamentos, solicitações de inscrição no CADIN, dentre tantos outros procedimentos que hoje são realizados, mas não possuem sistema informatizado para realizar, gravar e gerir os respectivos procedimentos.”

A estimativa de custos atual é de R\$ 3.044.332,80, mas o gestor solicitou mais prazo para informar o montante já desembolsado, considerando custos de consultoria, especificação e desenvolvimento.

Com relação aos atrasos, o INSS trouxe esclarecimentos:

“3. *O atraso no desenvolvimento do módulo cobrança administrativa ocorreu devido a reestruturação que foi realizada no SIBE no ano de 2014, o que necessitou da força de trabalho das equipes de desenvolvimento da Dataprev disponíveis para essa execução em atendimento do INSS, sendo reprogramada as entregas dos demais produtos e, conseqüentemente, deixando o módulo cobrança para ter início somente em 2015.*

3.1. Como forma de sanar possíveis futuros atrasos, esta Coordenação solicitou à Dataprev um estudo sobre a viabilidade da retirada dos módulos de monitoramento – hoje hospedados com os demais módulos do SIBE – para um portal exclusivo com desenvolvimento e evolução de versões independentes. Atualmente, as versões dos módulos de monitoramento precisam acompanhar as datas de desenvolvimento de todos



os outros módulos existentes no Portal SIBE, o que vem impactando na celeridade dos desenvolvimentos, bem como nas correções de inconsistências detectadas no ambiente de produção.

3.2. Como resultado deste estudo, a Dataprev sinalizou que a separação ocorrerá na versão 5.0 do SIBE, prevista para o ano de 2017.”

Esta informação se demonstrou contraditória com os esclarecimentos prestados pelo gestor em Nota Informativa Conjunta encaminhada à equipe de auditoria em 13.06.2016. No referido documento não há menção à citada separação do módulo cobrança do Programa SIBE CNIS. Ademais, é apresentado um cronograma prevendo 8 pacotes com entregas até 2019 (sendo a primeira em 31.07.2016) para o Projeto “Monitor Operacional, Qualidade e Cobrança”.

O INSS também foi instado a apresentar as principais razões para ocorrência de valores irre recuperáveis por prescrição e informar as ações adotadas para evitar o surgimento de novas situações. Nenhuma resposta foi encaminhada a esta equipe de auditoria.

O MOB forneceu a informação de que dispunha em março/2016. O comparativo com a situação do exercício anterior é mostrado no quadro abaixo:

SITUAÇÃO DO DÉBITO		abr/15	mar/16	% mar/16
RECUPERADOS	CONSIGNAÇÃO EM BENEFÍCIOS	646.717.811,71	804.142.231,09	81,02%
	CONSIGNADO EM FOLHA DE PAGAMENTO	7.403.206,11	8.580.125,45	0,86%
	DEDUZIDO NO COMPLEMENTO POSITIVO	2.891.070,20	3.578.744,81	0,36%
	PARCELADO	51.166.822,44	58.026.782,29	5,85%
	QUITADO POR GPS	101.274.581,79	110.768.545,40	11,16%
	GLOSADO DA EMPRESA CONVENIADA	6.990.148,62	7.465.904,36	0,75%
Subtotal - Valor		816.443.640,87	992.562.333,40	100%

SITUAÇÃO DO DÉBITO		abr/15	mar/16	% mar/16
EM FASE DE RECUPERAÇÃO	ENC.P/COBRANÇA JUDICIAL	111.483.902,13	277.318.983,44	6,16%
	ENC. PARA INSCRIÇÃO NO CADIN	582.568.980,03		0,00%
	ENC. PFE REALIZAR COBRANÇA ESPÓLIO.	67.994.650,26	75.881.185,13	1,69%
	ENC. P/ COMISSÃO DE TCE DA GEX	45.078.426,43	112.174.795,18	2,49%
	ENC. P/GEX ACIONAR DPF	543.602.921,63	592.819.652,88	
	DÉBITO SOBRESTADO POR INTERPOSIÇÃO DE RECURSO	213.856.882,09	364.976.569,61	8,11%
	DÉBITO SOBRESTADO POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL	111.245.056,85		0,00%
	ENVIADO SOFC P/COBRANÇA JUNTO AO ÓRGÃO PAGADOR	1.063.593.013,05	1.142.086.228,39	25,37%



SITUAÇÃO DO DÉBITO		abr/15	mar/16	% mar/16
	EM FASE DE COBRANÇA ADMINISTRATIVA	1.148.428.761,50	1.873.509.349,44	41,62%
	SOBRESTADO POR DETERMINAÇÃO DA PFE	6.857.100,41	10.034.583,52	0,22%
	PREJUDICADO POR NÃO IDENT. DO RECEBEDOR	49.181.655,16	47.368.888,97	1,05%
	SOBRESTADO / VLR. INFERIOR A R\$ 10.000,00	646.288,87	4.822.972,67	0,11%
	SEM ÊXITO NA COBRANÇA / VLR INFERIOR A R\$ 500,01	574.631,34		0,00%
Subtotal - Valor		3.945.112.269,75	4.500.993.209,23	100,00%

SITUAÇÃO DO DÉBITO		abr/15	mar/16	% mar/16
VALORES DE DIFÍCIL RECUPERAÇÃO	ARQUIVADO POR DETERMINAÇÃO DA PFE	26.219.851,84	34.752.128,12	9,22%
	INEXISTÊNCIA DE BENS A INVENTARIAR	72.555.017,22	98.331.392,34	26,09%
	DÉBITO CANCELADO DECISÃO JUDICIAL	48.695.572,52	112.472.649,19	29,84%
	DÉBITO CANCELADO DECISÃO RECURSAL	23.948.351,54		0,00%
	DÉBITO PRESCRITO	119.974.449,96	131.335.241,37	34,85%
Subtotal - Valor		291.393.243,08	376.891.411,02	100,00%

Observa-se que dentre os valores de difícil recuperação, os débitos prescritos correspondem ao maior percentual, superando a terça parte do total em março/2016.

Análise da equipe de auditoria

Os elementos de análise disponíveis permitem concluir que os procedimentos de cobrança administrativa estão documentados. Os normativos existem e há um fluxo de trabalho já incorporado à rotina da organização. O crescente nível de registro e acompanhamento informatizado dos dados tende a melhorar o controle da autarquia sobre os processos de cobrança.

Contudo, nota-se que a adequação formal não tem sido suficiente para a recuperação de valores. Os montantes prescritos continuam aumentando e a entidade não soube informar o detalhamento do que tem a receber. Ao contrário, diz que somente ao final de 2016 terá conhecimento dos valores passíveis de cobrança junto aos agentes pagadores (bancos).

Nesse sentido, embora tenha mencionado a data de 31.12.2016, a resposta à solicitação de auditoria não trouxe nenhum elemento que confira a essa intenção grau maior de confiabilidade do que os compromissos assumidos em exercícios anteriores e não cumpridos.



Sobre a prescrição, em mensagem eletrônica encaminhada em 29.06.2016, o gestor formalizou o seguinte posicionamento:

“(...) a Coordenação de Monitoramento Operacional de Benefícios, em realização de trabalho minucioso, por meio de amostra, verificou que os débitos cadastrados como “prescritos” no sistema CMOBEN possuem amparo legal e se fundamentam no que preceituam os arts. 531 da Instrução Normativa 77/2015, bem como o art. 39 da Instrução Normativa 74/2014, ambos, a seguir transcritos:

Art. 531. Comprovada a acumulação indevida, deverá ser mantido o benefício concedido de forma regular e cessados ou suspensos os benefícios irregulares, adotando-se as providências necessárias quanto à regularização e à cobrança dos valores recebidos indevidamente, observada a prescrição quinquenal.

Art. 39. Os demais créditos prescrevem em cinco anos, contados a partir da data do conhecimento do fato que der origem à pretensão.

Desse modo, os valores correspondentes como prescritos são decorrentes de apurações em que a irregularidade foi proveniente de erro administrativo e o recebimento ocorreu há mais de cinco anos do início da apuração ou da constituição do crédito.

Assim, entende-se que os respectivos valores devem permanecer no grupo de difícil recuperação, uma vez que foram originados por erro da administração e alcançados pela prescrição quinquenal”.

Adicionalmente, sobre prescrição, em mensagem eletrônica encaminhada na mesma data pela PFE, são apresentados diversos despachos, notas e pareceres sobre o assunto. Da leitura dos referidos documentos, conclui-se que o assunto será submetido à PGF para subsidiar seu posicionamento sobre a matéria (página 7 da NOTA n. 00010/2016/DIVCONS/PFE-INSS/PGF/AGU).

Uma questão subjacente ao processo de cobrança administrativa é o reiterado atraso na implantação dos sistemas de informática. A exemplo do que já se constatou em outros trabalhos, veem-se alterações de demandas ou prioridades pelo próprio INSS produzirem impactos significativos ao postergarem soluções para problemas relevantes.

O referido sistema Monitor, especificamente, já foi objeto de registro em relatórios anteriores. Veja-se o que consta do Relatório de Auditoria nº 201406276 (pág. 78 – Grifos ausentes no original):

*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.

Em Nota Informativa de 13 de junho de 2016, em atualização de informações do PPP/CGU, o INSS informou que no cronograma mais atual, elaborado no fim de 2015, o desenvolvimento do sistema Monitor está previsto para ser concluído no segundo semestre de 2019, havendo entregas parciais semestrais até lá.

No presente caso, mudanças no SIBE causaram atrasos no sistema de monitoramento de cobranças. Mas o desenvolvimento do SIBE, e também do CNIS, vem sofrendo atrasados há muitos anos, como demonstrado em relatórios de auditoria anteriores. Um exemplo é o registro à fl. 64 do Relatório de Auditoria 201406276 (grifos ausentes no original):

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.

Os elementos trazidos pelo INSS não nos permitem avaliar a capacidade operacional da autarquia para recuperar os valores que lhe são devidos, em especial junto aos agentes pagadores (bancos). Sequer um diagnóstico completo é possível, porque não há certeza do número de processos em cada etapa do ciclo de cobrança. Também não há segurança quanto aos valores que podem efetivamente retornar ao Erário.

Não há informações sobre tempo médio de análise, efetividade das cobranças, produtividade das unidades e dos servidores envolvidos. As ações de gestão de que se tem notícia são a consulta à Dataprev sobre a viabilidade de alteração no desenvolvimento do sistema de monitoramento de cobrança, a publicação no manual do MOB e a constituição de um grupo de trabalho⁴ que concluiu pela necessidade de segregar os valores a cobrar daqueles a solicitar devolução.

Essa ausência de informações inviabiliza a produção de respostas satisfatórias aos objetivos traçados para este trabalho. Mais grave do que isso, entretanto, é a recorrência da dificuldade da entidade em cumprir os próprios cronogramas e a incapacidade de demonstrar que tem condições de encaminhar soluções para um problema que se mede em bilhões de reais.

Dessa forma, verifica-se que o tema “cobrança administrativa” permanece como um dos gargalos gerenciais observados na gestão do INSS. Apesar das medidas adotadas pelo gestor ao longo do exercício de 2015, não há garantia de que os problemas estarão resolvidos nos novos prazos fornecidos. Todavia, é preciso acompanhar e aguardar o desdobramento das ações em curso para se verificar a efetividade das providências adotadas. As recomendações já exaradas, portanto, seguem em monitoramento.

2 GESTÃO OPERACIONAL

2.1 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

2.1.1 RESULTADOS DA MISSÃO INSTITUCIONAL

⁴ GT instituído pela Portaria nº 574/PRES/INSS, de 12 de junho de 2015.



2.1.1.1 INFORMAÇÃO

Avaliação dos indicadores do Fluxo do Processo do Reconhecimento do Direito

Fato

A equipe de auditoria estabeleceu como escopo da análise dos indicadores aqueles relativos ao “Fluxo do Processo do Reconhecimento do Direito”, vinculados ao Plano de Ação para 2015, quais sejam TMEA-PM; TMAA-PM; TMEA; TMAA; IRES e TMD, por possuírem forte impacto na efetiva prestação de atendimento aos segurados do INSS.

A tabela a seguir, relaciona a descrição e a fórmula de cálculo dos 6 indicadores selecionados:

Indicador	Descrição do Indicador	Fórmula de cálculo
TMEA -Tempo Médio de Espera no Atendimento Agendado	Afere o tempo em que o cliente aguarda para ser atendido, bem como a capacidade da APS em recepcionar toda 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 sua demanda dentro de um limite de tempo aceitável, especificamente em relação ao serviço de Perícia Médica.	Soma dos tempos compreendidos entre a data da solicitação do agendamento de perícia até a data do atendimento / Quantidade de agendamentos de perícia solicitados
TMD - Tempo Médio de Decisão	Mede o tempo médio de análise para processos com despachos (concessórios e denegatórios)	Somatório dos tempos de análise dos benefícios* dividido pela quantidade de benefícios despachados ¹ no período, excluídos os despachos de concessão código ** 3 e 4, os acordos internacionais e *** espécies B-31, B-32, B-36, B-46, B-56, B-87, B-91, B-92, B-94, B-96 e B-42 (com desp. 10).
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.
TMAA - Tempo Médio de Agendamento Ativo	Afere, de todos os agendamentos ativos de benefícios pendentes de atendimento, o tempo de espera do cidadão entre a data de solicitação do agendamento e a data de marcação do atendimento.	Somatório dos tempos DE espera* de todos os agendamentos ativos de benefícios pendentes de atendimento, dividido pela quantidade de agendamentos ativos.
TMAA-PM -Tempo Médio de Agendamento Ativo de Perícia Médica	Afere, de todos os agendamentos ativos de perícias médicas pendentes de atendimento, o tempo de espera do cidadão entre a data de solicitação do agendamento e a data de marcação do atendimento, especificamente em relação ao serviço de Perícia Médica.	Somatório dos tempos de espera de todos os agendamentos ativos de perícias médicas pendentes de atendimento, dividido pela quantidade de agendamentos ativos.

A próxima tabela demonstra que houve piora nos resultados dos últimos quatro anos desses indicadores, comprometendo a qualidade do serviço prestado ao cidadão.

Série Histórica - Indicadores do Fluxo do Processo de Reconhecimento do Direito

Indicadores	2015	2014	2013	2012	Metas	2015	2014	2013	2012
TMEA-PM	68	38	29	35	TMEA-PM	24	20	23	18
TMAA-PM	90	52			TMAA-PM	28	23		
TMEA	64	31	20	20	TMEA	23	17	18	15
TMAA	93	58			TMAA	30	23		
IREs	58,4	61,94	56,44	57,8	IREs	58,86	57,46	56,06	52,9
TMD	18	16			TMD	13	17		

Fonte: Intraprev/INSS

Conforme se observa, houve piora em todos os 4 indicadores que medem o tempo de atendimento (TMEA/PM, TMAA/PM, TMEA e TMAA) no comparativo entre os resultados obtidos em 2015 e nos exercícios anteriores.



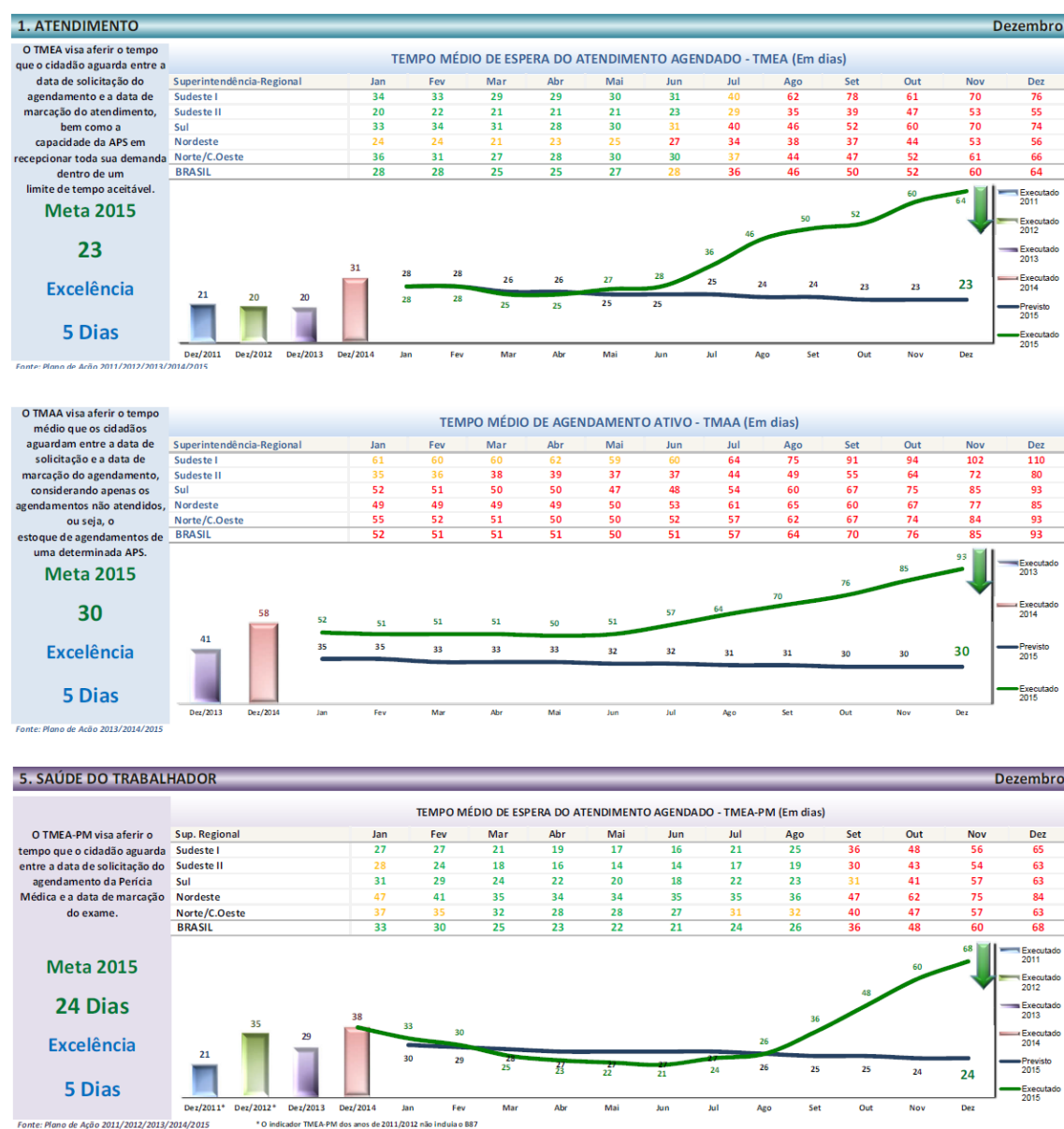
Ademais, à exceção do IRES, nenhum dos indicadores analisados atingiu a meta pactuada em 2015.

Relatório de Gestão sobre o exercício de 2015 informa, página 86, que o desempenho desses indicadores foi obstaculizado por:

- i) mudanças importantes na legislação;
- ii) movimento de paralisação de servidores; e
- iii) cortes orçamentários.

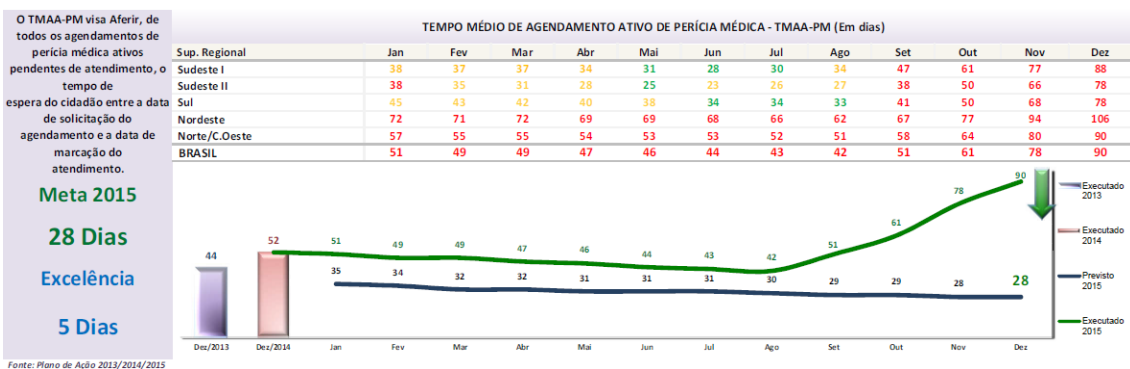
Vale informar que a greve de analistas e técnicos do seguro social começou em 7.7.2015 e terminou em 25.9.2015, e a dos peritos médicos, por sua vez, em 9.9.2015 a 22.1.2016.

Para ilustrar o impacto da greve, apresenta-se abaixo o resultado dos indicadores TMEA, TMAA, TMEA-PM e TMAA-PM, IRES E TMD⁵:

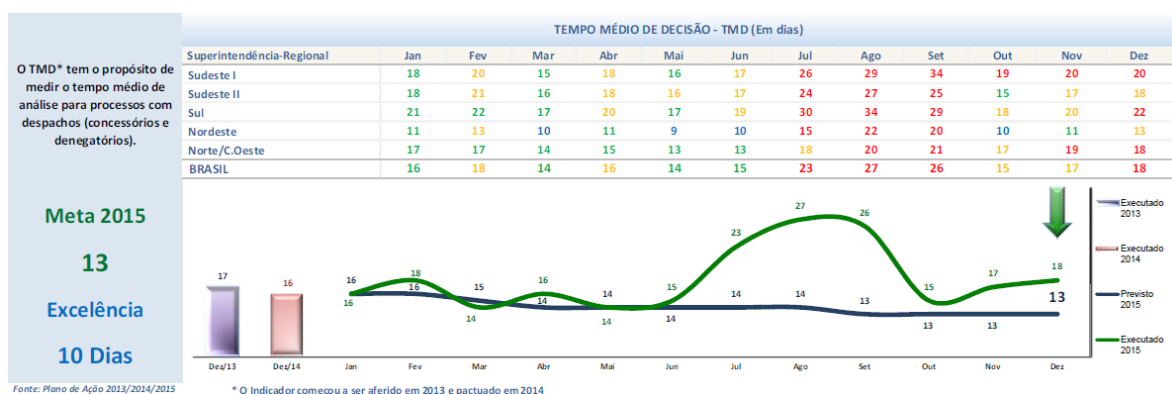
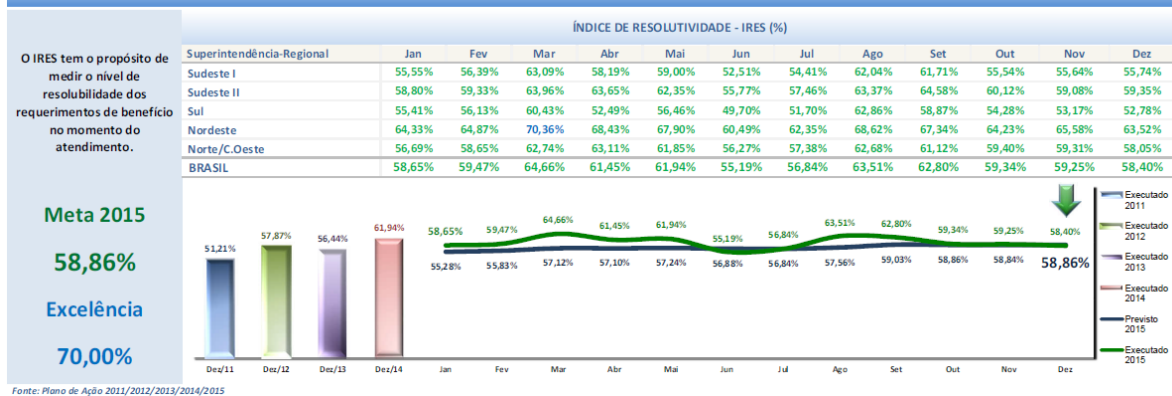


⁵ Tabelas extraídas do INSS em números 2015.





4. BENEFÍCIOS



A partir de questionamento desta CGU, consubstanciado na SA nº 201601412/03, de 31.5.2016, foram encaminhadas informações sobre as medidas adotadas pelos gestores para minimizar os impactos causados pelos três fatores que comprometeram o atingimento das metas pactuadas, quais sejam: mudanças importantes na legislação, movimento de paralisação de servidores e cortes orçamentários.

A tabela a seguir sintetiza essas medidas, bem como as perspectivas de regularização do atendimento prestado aos segurados:

Questionamento da CGU	Medidas adotadas pelo gestor
Quais os termos acordados pelo INSS no Plano de Reposição de horas não trabalhadas? Os resultados almejados com o referido termo já foram atingidos? Houve impacto na melhoria dos indicadores?	Os termos acordados pelo Instituto para fins de reposição das horas não trabalhadas no movimento grevista da Carreira do Seguro Social ocorrido no período de 07/07 a 30/09/2015 estão consignados no próprio Termo de Acordo de Reposição n. 01/2015, subscrito por representantes da CNTSS, FENASPS, INSS e a então Secretaria de Relações do Trabalho no Serviço Público.



Questionamento da CGU	Medidas adotadas pelo gestor
	<p><i>No referido termo está consignado o objetivo maior da negociação, da seguinte forma:</i></p> <p><i>Cláusula quarta. A reposição das atividades paralisadas será feita convertendo-se em horas o período total de paralisação de cada servidor, conforme estabelecido nos parágrafos a seguir:</i></p> <p><i>§ 1º A reposição deverá objetivar a regularização do atendimento ao cidadão absorvendo toda a demanda não atendida durante o período de paralisação.</i></p> <p><i>Internamente, com vistas a viabilizar o acordo realizado entre a categoria e a Administração, foram editados os Memorandos nºs 23, 30 e 31/PRES/INSS/2015, que definiram as diretrizes a serem adotadas para a reposição das atividades paralisadas e horas não trabalhadas nas Agências da Previdência Social e na área meio, bem como que a compensação ocorreria por análise de processos/atividades/serviços, objetivando a regularização do atendimento e da demanda não atendida durante o período da paralisação.</i></p> <p><i>Relativamente ao alcance dos resultados almejados esclarecemos que do total de pontos inseridos no sistema SRAR (Carreira do Seguro Social), cerca de 90% foram repostos até a presente data.</i></p> <p><i>Não obstante os resultados apresentados, o prazo para reposição foi prorrogado por meio do Memorando-Circular nº 14 /PRES/INSS, de 5 de maio de 2016.</i></p> <p><i>Importante esclarecer que o próprio Termo de Acordo assinado entre as partes previa a revisão das condições inicialmente estabelecidas.</i></p> <p><i>Concernente à greve dos peritos médicos previdenciários, ocorrida no período de 04/09/2015 a 22/01/2016, foi celebrado o Termo de Acordo de Reposição nº 01/2016, onde restou definido:</i></p> <p><i>Cláusula quarta. A reposição das atividades paralisadas será feita convertendo-se em horas o período total de paralisação de cada servidor e conforme estabelecido nos parágrafos a seguir:</i></p> <p><i>§ 1º A reposição deverá objetivar a regularização do atendimento ao cidadão, absorvendo toda a demanda represada em perícia médica, priorizando benefícios por incapacidade (perícia inicial, pedido de prorrogação e pedido de reconsideração) e benefícios assistenciais.</i></p> <p><i>§ 2º A demanda represada será adicionada ao atendimento regular diário do Perito Médico.</i></p>



Questionamento da CGU	Medidas adotadas pelo gestor
	<p>§ 3º Os casos excepcionais serão tratados de maneira individualizada pela Administração Central do INSS.</p> <p>De mesma forma, seguindo-se as providências adotadas com relação à Carreira do Seguro Social, foi editado o Memorando-Circular nº 4 /PRES/INSS, de 19/02/2016, que estabelece as premissas a serem observadas com relação à reposição da categoria de servidores da Carreira de Perito Médico.</p> <p>O período de reposição iniciou-se somente neste ano (2016), em função da finalização da paralisação em 22/01/2016 e ainda está em curso o período inicial de reposição. Até a data presente data, cerca de 40% das horas/pontos foram compensadas.</p> <p>No que diz respeito aos indicadores de desempenho, ainda não foi possível identificar melhorias significativas decorrentes do processo de reposição dos dias paralisados.</p>
Qual a situação atual do Credenciamento de Médicos Peritos, instituído por meio da Resolução nº 280/PRES/INSS, de 1.4.2013. Houve credenciamento de médicos para a realização de perícias no exercício de 2015, durante o período de greve dos peritos médicos previdenciários?	<p>Não houve credenciamento de médicos com o objetivo de atender as perícias agendadas durante o movimento de paralisação da perícia médica.</p> <p>O Gestor apresentou documento no qual identifica os médicos credenciados por Gerência Executiva, por APS, por quantidade de perícias realizadas mensalmente e no exercício para os períodos de janeiro a dezembro de 2015 e também para janeiro a junho de 2016. No exercício de 2015, foram realizadas 43.425 perícias por 48 médicos credenciados. Para o período informado de 2016, foram realizadas 46.540 perícias por 67 médicos.</p>
O que são os “pontos de controle, com controle semanal, de frequência de servidores” e de que forma isso contribui na melhoria do processo gerencial da autarquia?	<p>Os Pontos de Controle são reuniões semanais, realizadas na Presidência do INSS, com a participação das Diretorias da Autarquia e também das Superintendências Regionais (via videoconferência). Nos pontos de controle são apresentados e discutidos os dados referentes aos indicadores TMEA, TMAA, TMEA – PM, TMAA – PM, IRES, TMD, em especial no que se refere às ações que podem impactá-los. Os Pontos de Controle têm, portanto, a finalidade de acompanhamento semanal dos indicadores, não tendo como objetivo o controle de frequência de servidores.</p>
Qual a previsão para a data de entrega de cada uma das 7 funcionalidades do Projeto de Simplificação de Atendimento. Além da SUPERTRIAGEM, em que consistem as demais 6 funcionalidades?	<p>Além da SUPERTRIAGEM, fazem parte do Projeto de Simplificação do Atendimento as seguintes funcionalidades:</p> <p>a) <u>Troca de dados entre o INSS e ANTT</u>: Este produto foi concluído. Apesar das iniciativas do INSS em buscar parcerias, não houve adesão das empresas de transporte.</p> <p>b) <u>Troca de dados com o MEC</u>: Ainda não há data definida para formalização do convênio, haja vista a necessidade de ajustes de legislação e/ou normativos dos órgãos, a exemplo da Portaria</p>



Questionamento da CGU	Medidas adotadas pelo gestor
	<p><i>Ministerial nº 64/MPS, que trata da disponibilização de dados do CNIS, entre outros.</i></p> <p><i>c) <u>Troca de dados com a DEPEN</u>: O órgão trabalha na implantação do sistema que viabilizará a troca de dados e, por isso, as tratativas com o INSS deverão ser retomadas até o final de 2017.</i></p> <p><i>d) <u>Troca de dados com as Prefeituras</u>: O sistema que permitirá a operacionalização dos convênios com as Prefeituras ainda está em desenvolvimento pela Dataprev, sem data prevista para a entrega.</i></p> <p><i>e) <u>CzRM e e-Req</u>: Os produtos foram concluídos com sucesso, como prova de conceito. O primeiro tornou-se escopo do Programa Portal de Atendimento CNIS/SIBE, porém não foi priorizado para o calendário de 2016; após a realização do planejamento de 2017 entre INSS e Dataprev, será possível informar a previsão para entrega. Quanto ao e-Req, também encontra-se em uso no estado do Rio de Janeiro, em convênio vigente entre o INSS e a Rede Globo; sendo o escopo restante direcionado para compor o Programa Portal de Atendimento CNIS/SIBE, cujo desenvolvimento possui calendário específico acordado com a Dataprev.</i></p>
<p>Quais as previsões para a data de entrega e/ou reformulação dos seguintes sistemas: i) Sistema de Atendimento SAT; ii) Sistema de Agendamento SAG; iii) Central de Serviços; iv) Extratos e Consultas; e v) Gerenciador de Tarefas – GET?</p>	<p><i><u>Sistema de Atendimento - SAT</u>: O sistema começou a ser implantado no início de abril de 2016, com previsão de conclusão da implantação em 30/06/2016.</i></p> <p><i><u>Sistema de Agendamento - SAG</u>: A implantação do sistema já está concluída, com utilização pelas Centrais de Teletendimento, estando atualmente em uso por todos os canais de atendimento do INSS.</i></p> <p><i><u>Central de Serviços</u>: O prazo previsto no planejamento atual é de que até o final de setembro de 2016 seja implantada a primeira entrega em nível nacional.</i></p> <p><i><u>Consultas, Extratos e Formulários</u>: Apesar de ter prazo final previsto para o final de fevereiro de 2017, serão realizadas implantações parciais no segundo semestre de 2016.</i></p> <p><i><u>Gerenciador de Tarefas</u>: Tal sistema faz parte do pacote da Agenda Única, cujo prazo previsto para implantação, de acordo com o planejamento, é para o final de fevereiro de 2017. Todavia, também terá entrega parcial no final do segundo semestre de 2016.</i></p>
<p>Conforme informações prestadas pelo gestor, em 2015 houve ação de cancelamento de mais de 4.000 agendamentos com benefícios ativos para o mesmo serviço. Essa medida foi adotada em razão dos impactos da greve no atendimento, ou seja, foi uma ação pontual, ou trata-se de uma rotina que já vem sendo adotada pelo INSS? Caso seja uma rotina, como se dá sua operacionalização?</p>	<p><i>Para agendamento de benefícios ativos o sistema já está preparado para não permitir agendamentos caso seja para o mesmo serviço. Porém, há diversas ações de antecipação, não tão somente nos casos de reposição de greve, e nem sempre os servidores se lembram de cancelar o agendamento, procedimento necessário uma vez que o sistema não o faz automaticamente. Realizamos, portanto, esta ação periodicamente, alertamos os Divats,</i></p>



Questionamento da CGU	Medidas adotadas pelo gestor
<p>- Quantos servidores já realizaram os cursos EAD e quantas vagas foram disponibilizadas relativamente ao Projeto Educacional para o Atendimento de Benefícios Previdenciários (Crédito Especial, Salário Maternidade e Contribuinte Individual)?</p>	<p><i>Serats e Gerentes de APS, e contatamos o cidadão e procedemos os cancelamentos.</i></p> <p><i>Até a presente data houve uma oferta para cada curso citado. As vagas disponibilizadas são ilimitadas, ou seja, sem número restritivo de participantes. O número de certificados equivale ao número de servidores aprovados com a nota mínima de 70. O baixo número de certificados está atrelado à metodologia utilizada para esses cursos, que não prevê a obrigatoriedade de realizar a avaliação final do curso após a participação do aluno. Dessa forma, dos 5.058 alunos apenas 250 optaram em realizar a avaliação final e, por consequência, serem certificados. Está prevista para meados do mês de julho a abertura de mais 3 cursos com essa mesma metodologia: Compensação Previdenciária, Situação de Benefício e SIRC - Sistema Nacional de Informações de Registro Civil.</i></p>
<p>De que forma os cortes orçamentários prejudicaram a adoção de providências no sentido de melhorar o atendimento do fluxo do processo de reconhecimento do direito (relacionado aos indicadores: TMEA, TMAA, TMEA-PM, TMAA-PM, IRES e TMD)?</p>	<p><i>Os cortes orçamentários implicam em grande perda de margem de manobra sobre a força de trabalho do INSS, já que inviabilizam os deslocamentos de servidores e amplificam o prejuízo do atendimento sob demandas sazonais.</i></p> <p><i>Agrava tal situação a absorção da demanda do Seguro-Desemprego do Pescador Artesanal, que, como será explicitado no item 9, é concentrada sazonal e regionalmente, demandando necessariamente, deslocamento de servidores para seu atendimento.</i></p> <p><i>Cabe ressaltar que o INSS não recebeu recursos do FAT para custear as atividades decorrentes do atendimento do Seguro-Desemprego do Pescador Artesanal, como é previsto na Lei nº 7.998/90.</i></p> <p><i>Uma vez que a oferta de força de trabalho não consegue absorver o atendimento de forma satisfatória, temos que os indicadores de espera para agendamento são impactados diretamente (TMEA, TMAA, TMEA-PM, TMAA-PM). Em decorrência deste impacto, o TMD também é prejudicado, piorando a qualidade da prestação do serviço como um todo.</i></p>
<p>Qual o impacto decorrente da publicação da Lei nº 13.134/2015, que instituiu como atribuição do INSS receber e processar os requerimentos e habilitar os beneficiários de seguro defeso? Houve aumento significativo na demanda por atendimentos? Se sim, foi localizado em algumas agências ou teve repercussão nacional? Quantificar os atendimentos de seguro defeso após a publicação da referida Lei (16.5.2015), discriminando por mês (junho a dezembro/2015).</p>	<p><i>O recebimento de requerimentos de Seguro-Desemprego do Pescador Artesanal pelo INSS começou com a entrada em vigor do Art. 2º da MPV nº 665/2014, regulamentada pelo Decreto nº 8.424/2015. O principal impacto para o INSS decorrente da nova atribuição foi a ampliação da demanda de atendimento, de forma concentrada sazonalmente e, principalmente, em regiões onde o INSS não dispõe de infraestrutura e força de trabalho adequadas à absorção desta demanda.</i></p>
<p>Além da Lei nº 13.134/2015 foi publicada outra norma, no período de janeiro a dezembro de 2015, que impactou no atendimento prestado pelo INSS? Se sim, quantificar os impactos nos mesmos moldes do item anterior?</p>	<p><i>Além da Lei 13.134/2015, consideramos que acarretaram impacto nos serviços prestados pelo Instituto, principalmente no que diz respeito ao tempo necessário para o atendimento e análise dos processos, em face das modificações oriundas da MP nº 664/14, PLC 04/15 e sua conversão na Lei 13.135/15 no benefício de Pensão por Morte. Segue abaixo síntese dos aspectos modificados e,</i></p>



Questionamento da CGU	Medidas adotadas pelo gestor
	<p>por conseguinte, fundamentação para o exposto quanto a repercussão no atendimento.</p> <p>A Medida Provisória nº 664, de 30/12/14, incluiu o §2º no art. 74 da Lei nº 8.213/91, disciplinando que o cônjuge ou companheiro (a) não terá direito ao benefício de pensão por morte se o casamento ou o início da união estável tiver ocorrido há menos de dois anos da data do óbito do instituidor do benefício. Também houveram modificações em relação auxílio-doença (§ 10 art. 29, e §§ 3º e 4º do art. 60 da Lei nº 8.213/91.</p> <p>O Projeto de Lei de Conversão nº 04/15, oriundo da Medida Provisória nº 664/2014, foi sancionado pela Presidência da República, pela Lei nº 13.135, de 17/06/2015, publicada no Diário Oficial da União - DOU em 18/06/2015. Ressaltamos que os requisitos definidos pela MP foram extensamente alterados pelo Congresso Nacional, exigindo novas instruções, processos e modificações sistêmicas.</p>

A partir das informações prestados pelo gestor, bem como da análise dos documentos disponibilizados à equipe de auditoria, foi possível evidenciar o impacto causado pela greve dos servidores, em especial dos médicos peritos, bem como a adoção de providências pelo INSS para minimizar esse impacto e garantir a melhoria dos serviços de atendimento aos segurados.

Porém, no que se refere aos cortes orçamentários, não foram disponibilizados documentos que evidenciassem a relação direta ou indireta entre estes e a piora nos resultados obtidos nos indicadores referentes ao reconhecimento inicial do direito.

Ademais, quanto à publicação de atos normativos com impacto significativo no atendimento prestado nas Agências, verificou-se que em 16.6.2015 foi publicada a Lei nº 13.134, que em seu Artigo 2º instituiu como atribuição do INSS receber e processar os requerimentos e habilitar os beneficiários de seguro defeso. No entanto, não foram apresentados documentos sobre os números referentes à prestação desse serviço em 2015. Portanto, não foi possível dimensionar os efeitos desse ato na piora dos resultados verificados nos indicadores referentes ao reconhecimento inicial do direito.

O gestor apresentou tabela informando quantidade, com concentração sazonal, dos atendimentos relativos ao Seguro-Desemprego do Pescador Artesanal do período de junho a dezembro/2015, totalizando 318.718 atendimentos. A equipe de auditoria resumiu uma parte da informação prestada a seguir:

Três Principais Estados de atendimento Seguro defeso (junho a dezembro/2015)

Estado	2015/06	2015/07	2015/08	2015/09	2015/10	2015/11	2015/12	Total	Proporcional do total do atendimento
BA	3819	586	20994	24187	6428	20505	24236	100755	31,61%
PA	1	115	0	1	42	39878	33055	73092	22,93%
SE	7	0	3	3	1	4134	20892	25040	7,86%

Apesar dos indicadores terem demonstrado sensível piora durante os dois movimentos de greve no exercício de 2015, as metas pactuadas para 2016 ainda estão, de um modo geral, distantes do resultado medido por cinco dos seis índices relacionados ao “Fluxo do



Processo do Reconhecimento do Direito” (TMEA, TMAA, TMEA-PM, TMAA-PM e TMD).

Em que pese esta situação, verificou-se a efetividade na utilização dos indicadores no processo de tomada de decisão, no sentido de proporcionar aos níveis estratégicos a percepção da situação atual dos fenômenos que estão sendo medidos.

Dessa forma, como ferramentas de gestão, os indicadores vinculados ao reconhecimento inicial do direito podem ser considerados como boa prática na gestão da autarquia.

3 GESTÃO DO SUPRIMENTO DE BENS/SERVIÇOS

3.1 CONTRATOS DE OBRAS, COMPRAS E SERVIÇOS

3.1.1 INSPEÇÃO FÍSICA DA EXECUÇÃO

3.1.1.1 INFORMAÇÃO

Acessibilidade física aos imóveis do INSS

Fato

A Lei nº 10.098/2000 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiências ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de obstáculos nos espaços e edifícios públicos e nos meios de transporte, entre outras providências. Especificamente em relação à construção e reforma de edifícios públicos – artigo 11 da mencionada Lei -, contempla requisitos mínimos de acessibilidade, tais como vagas de estacionamento devidamente sinalizadas e próximas às áreas de circularização de pedestres, banheiros adaptados, e acessos ao interior dos edifícios livres de barreiras arquitetônicas.

Em sintonia com o que dispõe a Lei, o INSS elaborou um plano interno de ações (Nota Técnica nº 4/2015/DIPRO/CGEPI/DIROFL/INSS) com foco na adequação dos seus imóveis operacionais. O Plano contém dois diagnósticos das condições de acessibilidade, realizados em 2012 e 2015. Os estudos contemplam, além da priorização dos imóveis que passaram e que ainda devem passar pelas intervenções de obras civis, também a adequação de mobiliários.

DIAGNÓSTICO 2012

Sup. Reg.	IMÓVEL 100% ACESSÍVEL	EM PROCESSO DE ADEQUAÇÃO	ADEQUAÇÃO NÃO INICIADA	TOTAL	N.A.*	I.A.**
SR I	075	021	115	0211	047	00
SR II	092	024	163	0279	053	01
SR III	052	030	129	0211	028	07
SR IV	171	048	144	0363	080	05
SR V	070	020	124	0214	034	02
Total	460	143	682	1282	238	15

DIAGNÓSTICO 2015

Sup. Reg.	IMÓVEL 100% ACESSÍVEL	EM PROCESSO DE ADEQUAÇÃO	ADEQUAÇÃO NÃO INICIADA	TOTAL	N.A.*	I.A.**
SR I	101	033	076	0210	090	02
SR II	101	040	052	0193	097	60
SR III	055	088	106	0249	063	01
SR IV	330	048	087	0465	054	18
SR V	123	025	061	0209	074	12
Total	710	234	382	1326	378	93

Fonte: Nota Técnica nº 4/2015/DIPRO/CGEPI/DIROFL/INSS; *Não se Aplica; **Impossível Avaliar.

Os diagnósticos indicam que o número de imóveis totalmente acessíveis saltou de 460, em 2012 (de um total de 1282 elegíveis à avaliação), para 710 (de um total de 1326) – um incremento de 250 unidades. Estes números aliados às demais informações contidas no Plano Interno e a outras ações pontuais – por exemplo, o “Guia e *Check-List* de



Acessibilidade”, de 2012; e o Memorando Circular nº 19/2015 da DIPRO sobre Salas de Perícia Médica - demonstram que o INSS tem se empenhado em monitorar as condições de acessibilidade dos imóveis operacionais elegíveis à Lei nº 10.098.

Ratifica a assertiva, o fato de a Autarquia também ter adotado, em 2015, um indicador de desempenho (ID) para monitorar as obras e serviços em geral: indicador “Adequar a Estrutura Física das Unidades do INSS”. De outro modo, o resultado do ID, no ano em avaliação, foi de 82 imóveis adequados ante os 359 previstos, atingindo, portanto, apenas 23% da meta estabelecida.

Consulta ao Sistema de Informações sobre orçamento público do Senado Federal - SIGA, por sua vez, traz os seguintes números sobre a execução orçamentária em 2015 das Ações de Governo 116V e 8869, respectivamente, “construção” e “reformas” de APS no INSS:

Ação	Dotação Inicial	Autorizado	Empenhado	Liquidado	Pago	(R\$ 1.000,00) RP Pago
116V	50.000	20.000	14.750	8.800	7.800	18.800
8869	38.600	17.000	9.000	4.800	4.200	12.100
TOTAL	88.600	37.000	23.740	13.600	12.000	30.900

Como se observa na Tabela acima, o INSS executou aproximadamente 27% (R\$ 23,7 milhões) da Dotação Inicial para estas Ações de Governo – incluía-se neste valor os custos para finalização/inauguração de 41 novas APS referentes ao PEX. Assim, pode se concluir, ante a restrição orçamentária imposta no decorrer do exercício de 2015 – e que impactou negativamente a pretensão da Autarquia em incrementar o número de imóveis totalmente acessíveis -, que o realizado físico para este ID se apresenta, ao menos em números relativos, coerente com os dados da execução orçamentária, respectivamente, 23 e 27%.

A questão de acessibilidade nos imóveis do INSS já foi objeto de apontamento desta CGU quando da realização da Auditoria Compartilhada sobre os procedimentos de concessão de Auxílio-Doença (Relatório de Acompanhamento Auxílio-Doença - 2015). Na ocasião, foi pactuado com o INSS a necessidade de que as salas de realização de perícia médica nas APS fossem melhor estruturadas ou adequadas às atividades periciais, inclusive com a agregação de itens ou recursos de acessibilidade para segurados e/ou usuários com dificuldade de locomoção. Das 50 APS identificadas, à época, com carências nas instalações e/ou infraestrutura, 16 (32%) já foram adequadas.

Com relação às APS que ainda não passaram por adequação, estas, constam do diagnóstico de 2015 elaborado pelo INSS, inclusive, com o apontamento das medidas a serem adotadas: (i) 17 para manutenção predial; (ii) 8 para negociação de adequação com o proprietário do imóvel; e (iii) 9 para serviços de obra civil/infraestrutura. Para estas últimas, já há previsão de execução – e dos respectivos projetos - no Plano de Obras INSS 2016/2017.

Adendo a isso, também foi realizada uma inspeção no edifício sede em Brasília onde foi constatado que o imóvel, de modo geral, atende aos requisitos de acessibilidade previstos na Lei nº 10.098/2000, em especial: (i) estacionamentos com vagas reservadas para pessoas idosas e com deficiência; (ii) existência de informações em braile e de piso tátil de sinalização para posicionamento de pessoas com deficiência visual; (iii) balcões voltados ao atendimento de cadeirantes; e (iv) existência de pelo menos um banheiro acessível, e com os devidos acessórios, em todos os pavimentos do edifício.

Finalmente, em função da experiência obtida com o ID “Adequar a Estrutura Física das Unidades do INSS”, merece resgatarmos que a utilização de indicadores de desempenho



como instrumento de gestão deve estar atrelada à razoabilidade, oportunidade e economicidade em fazê-lo. Nessa linha, se a ocorrência de fatores externos traz impacto relevante no que se quer medir, então, o índice de referência, ou o índice meta, devem, via de regra, ser revistos, sob pena de o monitoramento do objeto no período se tornar infundado, desnecessário e ineficiente.

3.2 PROCESSOS LICITATÓRIOS

3.2.1 OPORTUNIDADE DA LICITAÇÃO

3.2.1.1 INFORMAÇÃO

Avaliação das contratações

Fato

A análise do processo de contratações do INSS compreendeu a avaliação das etapas de planejamento da contratação, seleção do fornecedor e execução contratual.

O escopo contemplou contratações realizadas pelo Órgão Central, pela Superintendência Regional Norte/Centro-Oeste e por sete Gerências Executivas. A tabela abaixo resume a situação encontrada:

Unidade Auditada	Falhas Identificadas		
	Planejamento	Seleção	Fiscalização
Gerência Executiva São Paulo Centro		x	
Gerência Executiva Maceió	Nenhuma falha identificada		
Gerência Executiva Goiânia	x		x
Gerência Executiva Vitória da Conquista	x		x
Gerência Executiva João Pessoa	x		x
Gerência Executiva Porto Alegre			x
Gerência Executiva Campo Grande	Nenhuma falha identificada		
Órgão Central	Nenhuma falha identificada		
S. R. Norte Centro Oeste			x

Após a realização de reuniões de busca conjunta de soluções com os gerentes executivos, foram acordadas 44 recomendações a serem atendidas até 31.12.2016, distribuídas da seguinte forma:

Etapas	Quantidade	Representatividade
Fiscalização	30	68,1%
Planejamento	12	27,2%
Seleção de fornecedor	2	4,5%
Total	44	100%

Conforme se observa, a maior incidência de inconsistências ocorreu na etapa de fiscalização contratual. Apesar disso, a equipe de auditoria verificou que o Órgão Central vem adotando medidas importantes para mitigar ou eliminar essas ocorrências.

Nesse sentido, verificou-se que entre janeiro de 2014 e maio de 2016 foram oferecidos pelo INSS 16 cursos com temática voltada à gestão de compras e contratações. Como



resultado, houve 803 inscritos e 654 aprovados (até 10/06/2016). Os cursos contemplaram não só a fase de planejamento da contratação e seleção do fornecedor, como também a fiscalização de contratos.

O curso “Gestão de Contratos na APS”, ofertado em 2016, contou com a maior adesão entre os realizados no período (439 inscritos). O curso foi realizado na modalidade à distância e foi customizado para os co-gestores dos contratos, que atuam nas Agências.

Em 2015 o INSS promoveu a atualização do seu Manual de Procedimentos e Rotinas de Gestão de Contratos, versão 4.1. O referido manual abrange orientações que incluem modelos, formulários, bem como descrições “passo a passo” de rotinas de trabalho afetas ao processo de contratação e fiscalização. O documento pode ser acessado na rede interna da autarquia, portanto encontra-se disponível a todos os servidores.

Há minutas padrão de editais dos principais serviços contratados pela autarquia (http://www-inss.prevnet/area/log/minutas-padrao-de-edital/?menu_local=1&ol=), tais como limpeza/conservação, vigilância armada e desarmada, reprografia, manutenção de veículos, aquisição de combustíveis, aquisição de material de consumo e permanente, etc.

Por fim, constatou-se a utilização de um sistema (<http://www-gcweb/>) que possibilita a sistematização das práticas usadas para gerenciar as despesas operacionais (custeio e investimento) de 3.826 contratos. O sistema permite monitorar os valores contratados e os preços médios praticados nas contratações realizadas pela autarquia.

Dessa forma, em que pesem as falhas pontuais identificadas na avaliação dos contratos geridos pelas Unidades Descentralizadas, verifica-se o esforço dos níveis estratégicos da instituição em proporcionar os instrumentos necessários à gestão contratual.

4 CONTROLES DA GESTÃO

4.1 CONTROLES INTERNOS

4.1.1 AUDITORIA DE PROCESSOS DE CONTAS

4.1.1.1 INFORMAÇÃO

Atualização do PPP

Fato

No tocante ao atendimento às recomendações referentes às auditorias de avaliação das gestões dos exercícios de 2012 a 2014, após a realização de revisões do Plano de Providências Permanente – PPP no decorrer de 2015, obteve-se o seguinte posicionamento:

Relatório	Monitorando	%
201305680	18	82%
201406276	1	5%
201503396	3	14%
Totais	22	100%

Fonte: Sistema Monitor – extração realizada em 27.6.2016.

Conforme se observa na tabela, 18, ou 82% das recomendações, referem-se à avaliação das contas do exercício de 2012, constantes no relatório nº 201305680. Destas, 16 referem-se à área de Tecnologia da Informação – TI.



A seguir são apresentadas as análises referentes às medidas adotadas em 2015, bem como a atualização do PPP.

A- Programa Portal do Atendimento Cadastro Nacional de Informações Sociais - Sistema Integrado de Benefícios - CNIS-SIBE

Conforme registrado no item 2.16 do Relatório nº 201503396, referente à avaliação das contas de 2015, as recomendações contempladas em relatórios anteriores voltadas às melhorias no processo de concessão e manutenção de benefícios cujo atendimento esteja relacionado ao desenvolvimento do Programa CNIS-SIBE foram reformuladas e passaram a integrar novas recomendações, mais adequadas ao atual contexto do assunto.

Relatório CGU	Recomendações antigas	Recomendações novas
201203153	Aprimorar a validação da folha de pagamento, por meio de cruzamento prévio com os seguintes sistemas: CNIS, RAIS, SIM e SIAPE.	Recomendação 1 Implantar uma estrutura efetiva de gerenciamento de projetos dotando-a de infraestrutura logística e de recursos humanos suficientes para o desempenho de suas atribuições, inserindo-a em todos os projetos relevantes conduzidos no âmbito da Autarquia, em especial o Projeto Portal CNIS SIBE.
201305680	Implementar um sistema informatizado de controle, de forma a possibilitar a verificação preventiva da adequabilidade dos registros constantes na base de dados de beneficiários, bem como implementar, até que sejam criados os referidos instrumentos de controle, rotinas de verificação das consistências dos registros a partir da utilização de ferramentas disponíveis ao INSS, a exemplo do sistema "ACL for Windows", de forma a possibilitar à Unidade antecipar-se à ocorrência de pagamentos indevidos de benefícios.	Recomendação 2 Definir um cronograma completo de desenvolvimento e implantação dos sistemas, contemplando medidas e padrões de desempenho relativos a qualidade, escopo, tempo e custo, com o comprometimento formal dos níveis estratégicos do INSS e da Dataprev de finalização do projeto no prazo acordado entre as partes.
201406276	Estabelecer um cronograma detalhado de implantação do Portal CNIS-SIBE, contemplando, inclusive, responsáveis e eventuais prioridades de regiões geográficas, com o compromisso de cumprimento de tal instrumento pela Dataprev, e monitorar sua execução.	Recomendação 3 Estabelecer critérios efetivos para a priorização de demandas, de forma que possam ser definidos, entre outros aspectos: os benefícios esperados ao negócio do INSS; o nível de esforço a ser despendido para a realização da demanda; a importância estratégica da solicitação; o risco de não implantação do projeto; e a necessidade de investimento, em termos de custo financeiro e de tempo, para execução da demanda.

A seguir são detalhadas as situações atualizadas das providências adotadas pelos gestores para cada uma das 3 novas recomendações:

Descrição e avaliação das providências adotadas com referência à Recomendação 1

Já existe no INSS uma Divisão de Gerenciamento de Projetos, vinculada à Coordenação-Geral de Planejamento e Gestão Estratégica - CGPGE. Essa Divisão é responsável pela estruturação de metodologia de modelagem e avaliação de projetos, bem como do



gerenciamento dos projetos executados no âmbito do INSS e possui 2 servidores lotados, incluindo a chefia.

Paralelamente a esta Divisão, foi estruturada no segundo semestre de 2015 uma equipe ligada diretamente ao Gabinete da Presidência, responsável pela condução do Projeto CNIS SIBE. Como resultado da atuação desta equipe, foi apresentada uma tabela que consolida a "estrutura de atividades e tarefas típicas da execução do processo de construção de sistemas".

Por meio da Portaria n° 973/PRES/INSS, de 21.10.2015, foram definidos os Projetos e respectivos Gestores para composição do Programa Portal do Atendimento Cadastro Nacional de Informações Sociais - Sistema Integrado de Benefícios - CNIS-SIBE.

Conforme já apontado por esta CGU em trabalhos anteriores, a estrutura atualmente existente para Gerenciamento de Projetos composta de 2 servidores não foi suficiente para o atendimento das necessidades da autarquia no que se refere à gestão de projetos, em especial no que tange ao Portal CNIS-SIBE, sendo identificada, inclusive, como uma das causas para os insucessos na conclusão do projeto.

A estruturação de uma equipe de forma "ad-hoc" para tratar do Projeto Portal CNIS-SIBE foi adotada pela Presidência e resultou nas primeiras entregas ainda em 2015. Entretanto, em que pese a tentativa de concentrar esforços na gestão do referido projeto, não há garantias de que essa estrutura será mantida caso ocorra uma mudança nos atores que atualmente compõem o nível estratégico da instituição, pois a equipe não se encontra estruturada de forma institucional.

A despeito da validade da formalização dos responsáveis pelo projeto por meio de Portaria, as evidências apresentadas pela equipe de auditoria no Relatório demonstraram que essa medida já havia sido adotada no passado e não foi suficiente para garantir a entrega dos produtos nos prazos inicialmente previstos.

Dessa forma, com base nas informações repassadas pelo gestor, conclui-se que até o momento não foi implementada de forma institucional uma estrutura efetiva de gerenciamento de projetos dotada de infraestrutura suficiente para o desempenho de suas atribuições, o que mantém a recomendação na situação de monitoramento.

Descrição e avaliação das providências adotadas com referência à Recomendação 2

Por meio da Nota Informativa n° 3/2015 foi apresentado o cronograma do projeto e informada a metodologia utilizada para a sua construção. Inicialmente foi realizado internamente um *workshop* para definição das necessidades do INSS. O resultado foi compartilhado com a Dataprev que apresentou soluções para essas necessidades. Uma vez definidas as soluções, ocorreu um trabalho em conjunto entre o INSS e a Dataprev para definir os escopos preliminares dessas soluções e agrupá-las em projetos. A estruturação dos projetos possibilitou o melhor gerenciamento de aspectos de cada projeto como prazo, escopo e custos diretos (diárias, passagens e demandas), além da identificação dos valores agregáveis, premissas e precedências entre as soluções. Essas soluções foram divididas em pacotes de entrega para cada um dos 6 projetos e cada pacote englobou um conjunto de escopos.

As informações referentes à execução do cronograma encontram-se detalhadas no Painel dos Projetos, disponível na intraprev. Esse painel obtém seus dados a partir do SGPP (Sistema de Gerenciamento de Programas de Projetos). Nesse sistema são organizadas e



controladas as atividades e tarefas de cada pacote de cada projeto que compõe o Programa Portal de Atendimento CNIS-SIBE.

Em consulta realizada pela equipe de auditoria em maio de 2016, identificou-se que, pelos dados constantes no Pannel, dos 6 projetos vinculados ao Programa Portal do Atendimento CNIS SIBE, 4 apresentavam atrasos na evolução do desenvolvimento.

Após reunião com os responsáveis pela gestão dos referidos projetos, foi demonstrado que se tratava de intempestividade na formalização das informações no sistema, sendo acordado que seriam realizados debates internos para alinhamento do entendimento quanto ao nível de detalhe da informação que precisaria ser incluída no Portal.

Dessa forma, em que pese a necessidade de definição dessa questão, observa-se que a partir da recomendação elaborada pela CGU foram adotadas medidas que demonstram uma melhora na condução do Projeto CNIS SIBE, em especial a adoção de um cronograma completo de desenvolvimento e implantação dos sistemas, contemplando medidas e padrões de desempenho relativos a qualidade, escopo, tempo e custo e que vem sendo cumprido tempestivamente.

Ademais, cabe ressaltar o comprometimento dos níveis estratégicos da instituição com a execução do referido Projeto, evidenciado não só pela publicação da Portaria n° 973/2015, que estabeleceu a estrutura do Projeto, como também pelas gestões que vem sendo realizadas na sua condução por meio do Pannel dos Projetos.

No entanto, em razão da amplitude do cronograma apresentado, que contempla entregas até 2022, não é possível considerar a recomendação atendida, uma vez que não há garantias de que eventuais mudanças nos níveis estratégicos do INSS e da Dataprev manterão o cronograma do projeto no prazo acordado entre as partes. Portanto, a recomendação permanecerá na situação de “monitorando” até que se concluam todas as entregas.

Descrição e avaliação das providências adotadas com referência à Recomendação 3

Conforme descrito na Nota Informativa n° 4/2015, foi realizado um *workshop* que resultou na definição de 9 critérios para a priorização de demandas.

No entanto, não foi evidenciado pelo gestor se estes critérios serão adotados de forma institucional pelo INSS.

B - Gestão de Pessoas

Com relação à área de recursos humanos, além das providências a serem adotadas para a regularização dos apontamentos resultantes das trilhas de pessoal, restavam pendentes de atendimento 3 recomendações, sendo 1 das contas de 2013 e 2 das contas de 2014, conforme detalhado na tabela abaixo:

Relatório n°	Texto da recomendação
201406276	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.
201503396	Implantar críticas no Sistema de Controle de Designações e Dispensas - SCDD, no sentido de impossibilitar a nomeação de gerentes ou superintendentes sem atendimento aos requisitos previstos na Portaria MPS n° 25/2014 e Memorando Circular n° 20/2014.



Relatório nº	Texto da recomendação
201503396	Para as situações em que o gerente ou o superintendente não tenham concluído os cursos previstos na Portaria MPS nº 25/2014 e Memorando Circular nº 20/2014, estabelecer um cronograma definindo prazo para sua conclusão e, caso o servidor não conclua os cursos previstos, providenciar sua substituição.

Com relação à recomendação constante no relatório nº 201406276, a partir da instituição de um Grupo de Trabalho para tratar do assunto foi realizado um diagnóstico da situação e encaminhadas propostas de fortalecimento dos controles de concessão de diárias, resultando na publicação, em 15.2.2016, da Instrução Normativa nº 84/PRES/INSS. A referida norma disciplinou internamente o deslocamento no interesse do serviço e a utilização do Sistema de Concessão de Diárias e Passagens – SCDP e do Sistema Informatizado de Autorização de Proposta de Concessão de Diárias e Passagens - SAPCDP. Com a publicação da IN observa-se maior controle na autorização dos deslocamentos.

No tocante à capacitação dos servidores, cabe destacar a realização do curso “Gestão de Contratos na APS”, ofertado em 2016, que contou com a maior adesão entre os realizados no período (585 inscritos). O curso foi realizado na modalidade EAD (5 horas) e reflete a preocupação dos gestores em também capacitar os servidores nas atividades-meio, evitando o pagamento de diárias e passagens para a realização dessas atribuições.

Essas medidas vão ao encontro da recomendação da CGU, e demonstram melhorias em relação à situação verificada pela equipe em 2014, em que havia o deslocamento de servidores para o exercício de atividades-meio e ausência de uniformidade quanto aos procedimentos a serem adotados no processo de concessão de diárias e passagens.

Quanto às 2 recomendações referentes à seleção de gerentes, constantes no Relatório nº 201503396, conforme levantamentos realizados pela equipe de auditoria, foram realizados ajustes no processo gerencial que proporcionaram melhorias nos controles, em especial no fluxo do Sistema de Controle de Designações e Dispensas – SCDD.

Além dessas medidas, cabe destacar a implantação do Sistema de Acompanhamento – SIGME. O novo sistema trouxe melhorias ao processo de gestão de designações e dispensas, em razão de consolidar as informações curriculares de todos os servidores do INSS, incluindo a realização de cursos considerados como pré-requisito para o exercício dos cargos de gerência.

Visando verificar a situação atual do processo, a equipe de auditoria efetuou um teste, a partir do universo de 166 gestores nomeados entre agosto de 2015 e março de 2016. Selecionou-se uma amostra aleatória de 20 nomes (12,05%), para os quais foram conferidos, caso a caso, cada um dos certificados de conclusão dos sete cursos exigidos no período adequado. O resultado foi o seguinte:

- 14 gestores haviam concluído todos os cursos exigidos;
- 1 gestor estava frequentando dois cursos, dentro do prazo permitido, e tinha concluído os demais;
- 3 gestores tinham cursos pendentes, mas ainda no prazo estabelecido de 180 dias;
- 2 gestores constavam como tendo concluído cursos para os quais os respectivos certificados não foram localizados.

Com relação a este último item, o INSS prontamente identificou a causa da informação incorreta, ligada a erro na leitura do banco de dados do sistema de acompanhamento



SIGME. A falha foi localizada e corrigida rapidamente, na presença da equipe de auditoria. Nos dois casos os gestores ainda têm prazo para concluir os respectivos cursos.

Ao final, a equipe de auditoria comprovou que a falha foi corrigida e o sistema SIGME fornece efetivo controle quanto à conclusão dos cursos, e que o INSS tem todos os comprovantes de conclusão dos cursos dos gestores avaliados na amostra selecionada.

Dessa forma, com base nas evidências apresentadas pelo gestor e nos testes realizados pela equipe consideram-se as 3 recomendações atendidas.

C - Cobrança Administrativa

O tema “cobrança administrativa” permanece como um dos gargalos gerenciais observados na gestão do INSS. Apesar das medidas adotadas pelo gestor ao longo do exercício de 2015, não há garantia de que os problemas estarão resolvidos nos novos prazos fornecidos. Todavia, é preciso acompanhar e aguardar o desdobramento das ações em curso para se verificar a efetividade das providências adotadas. As recomendações já exaradas, e que permanecem em monitoramento são:

Relatório n°	Recomendação da CGU
201305680	Revisar o fluxo de trabalho do processo de cobrança administrativa junto aos agentes pagadores, quantificar e qualificar o montante existente e efetivar a cobrança dos valores devidos.
201406276	Estabelecer e implementar um cronograma detalhado para análise de todos os registros para apuração no Monitoramento Operacional de Benefícios - MOB, a partir de uma qualificação dos aproximadamente 980 mil registros, priorizando-se aqueles considerados de maior impacto e definindo-se prazos, metas e indicadores específicos para o monitoramento do seu cumprimento.

Com relação à recomendação constante no relatório n° 201305680, em que pese ter sido realizada a revisão do fluxo e a correspondente atualização dos manuais do MOB e da OFC, em especial com a definição da segregação entre as situações em que está caracterizada a responsabilização dos bancos e aquelas em que não há responsabilização, respectivamente “cobrança” e “solicitação”, verifica-se que o INSS não tem condições de *quantificar e qualificar o montante existente e efetivar a cobrança dos valores devidos*. Segundo compromisso formalizado pelo gestor nos documentos encaminhados à equipe de auditoria, em 31.12.2016 serão apresentadas essas informações.

No tocante à recomendação registrada no Relatório n° 201406276, foi realizado um trabalho de qualificação dos registros, selecionando-se, dentre os 980 mil casos cadastrados no sistema CMOBEN, aqueles cujas demandas apresentavam maior probabilidade de irregularidade, e que teriam tratamento prioritário. Assim, foram selecionados 226.015 processos, incluídas no Plano de Ação 2016. Segundo compromisso formalizado pelo gestor nos documentos encaminhados à equipe de auditoria, em 31.12.2016 concluídas essas análises. Com relação aos demais casos, foi informado que serão objeto de avaliação em exercícios futuros, a partir de compromissos pactuados nos próximos Planos de Ação.

Por fim, há uma recomendação referente à implantação do Programa Portal CNIS SIBE que impacta no tema cobrança administrativa, em razão da previsão de entrega, até 31.12.2019, dos 8 pacotes que compõem o “Monitor Operacional, Qualidade e Cobrança”.



D - Imóveis irregulares

Conforme verificado na auditoria de contas do exercício de 2012, consubstanciada no Relatório de Auditoria nº 201305680, foram identificadas ocupações irregulares de imóveis do INSS e do FRGPS.

Com base nesse diagnóstico, foi recomendado ao gestor:

“Adotar providências para a retomada judicial dos imóveis de propriedade do INSS e do FRGPS ocupados irregularmente. ”

A partir das informações encaminhadas pelo gestor, bem como das análises realizadas pela equipe de auditoria, será realizada a alteração na redação da referida recomendação, suprimindo-se a expressão “judicial”, uma vez que a regularização da situação pode ocorrer na esfera administrativa.

No entanto, a recomendação permanece pendente de regularização, tendo em vista existirem atualmente 1.360 imóveis em situação irregular.

E - Salas de Perícia

Com relação aos trabalhos de avaliação da concessão de benefícios por incapacidade, realizado nas Agências da Previdência Social por esta CGU em auditoria compartilhada com a Auditoria Interna do INSS, restavam pendentes de atendimento 3 recomendações referentes à qualidade da prestação do serviço de perícia médica. O assunto foi tratado no relatório nº 201406276 e a tabela a seguir detalha as referidas recomendações:

nº	Recomendação da CGU
1	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)
2	Elaborar plano permanente e periódico de adequação da infraestrutura das agências para a realização de perícias, especificamente em relação à <u>quantidade de salas de perícia médica</u> , a partir dos resultados obtidos com a fiscalização realizada e os levantamentos a serem efetivados. (Prazo: 31.12.2014)
3	Elaborar plano permanente e periódico de adequação da infraestrutura das agências para a realização de perícias, especificamente em relação às <u>condições físicas das salas de perícia</u> 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)

Para a primeira recomendação, referente às demais APS, que podem apresentar os mesmos problemas detectados nas Agências fiscalizadas, foram adotadas as seguintes medidas:

Emitida a Nota Técnica Conjunta nº 01/DIRAT/DIROFL/DIRSAT/INSS (folhas 17 do arquivo PPP DIRSAT - DIROFL DEZ 2015, encaminhado em anexo ao Ofício PRES/INSS nº 936/2015) que apresenta o resultado do estudo de necessidade de salas de perícia médica nas Agências do INSS. O estudo contemplou duas etapas: aplicação de um questionário aos Chefes das Áreas de Logística, Patrimônio e Atendimento das Gerências Executivas, e estimativa do número de salas por APS, a partir do quantitativo de Peritos Médicos lotados, focando apenas as APS que não foram fiscalizadas pela CGU e considerando se a APS está ou não em turno estendido.



Na aplicação do questionário obteve-se o seguinte resultado:

- De um total de 4.066 salas de perícia médica distribuídas em 1.454 APS relata-se a necessidade de adequação de infraestrutura para 664 salas (16%);
- Entende-se da necessidade de 485 novas salas de perícia;
- Como resultado do estudo comparativo verificou-se que existem 3.551 peritos lotados nas APS não fiscalizados. Para a estimativa da necessidade de salas quanto ao tipo de turno (estendido ou não), convencionou-se que nas APS que estão no turno estendido a relação de peritos por sala seria de 2:1, pela possibilidade de ocupação da mesma sala por dois servidores em dois turnos distintos. E, nas APS sem turno estendido, a relação de peritos por sala seria de 1:1. Como resultado, apontou-se um déficit total de 99 salas de perícia médica.

Os estudos foram concluídos e apontaram a necessidade de adequação física e construção de novas salas de perícia médica. O estudo resultou em uma Nota Técnica que foi aprovada pelos níveis estratégicos da autarquia (DIROFL, DIRAT e DIRSAT) em 22.12.2015.

No tocante às duas outras recomendações, que tratam dos apontamentos resultantes das vistorias realizadas pelas equipes de auditoria, o gestor elaborou um Plano de Ação para adequação das salas de perícia médica (constante às folhas 63-77 do arquivo ""PPP DIROFL DEZ 2015 - 2 - CONT"", encaminhado em anexo ao Ofício nº 936/PRES/INSS, de 31.12.2015). A situação atual da execução do referido plano encontra-se detalhada a seguir:

- Das 14 APS identificadas com deficiência de quantitativo de salas, 9 (65%) foram adequadas;
- Foi apresentado pelo gestor o Plano de Obras 2016-2017 (Anexos IV e V, folhas 103 a 109 do mesmo Ofício citado anteriormente), no qual consta a previsão de obras de construção de novas salas para as 5 APS que ainda não foram adequadas e para as quais essa é a medida definida como necessária;
- Das 50 APS identificadas com carências na infraestrutura, 16 (32%) foram adequadas; e
- Com relação às Agências que ainda não foram adequadas, no estudo foi apresentada uma discriminação destas por medida a ser adotada para sua regularização (17 manutenções prediais, 8 negociações de adequação pelo proprietário/nova locação e 9 obras de reforma).

No que se refere ao quantitativo de salas, verifica-se que até fevereiro de 2016 das 14 APS relacionadas pela CGU, 9 (65%) foram adequadas.

Com relação às 5 novas salas, os respectivos projetos estão incluídos no Plano de Obras 2016/2017 como prioritários.

Quanto às condições físicas das salas, verifica-se que até fevereiro de 2016 das 50 APS relacionadas pela CGU, 16 (32%) foram adequadas.

Dessa forma, verifica-se que as 3 recomendações se encontram atendidas.



F - Gestão de TI – PPP

Em relação à área de Tecnologia da Informação - TI, verificou-se que, apesar das medidas adotadas pelo gestor, permanecem pendentes de atendimento 16 recomendações referentes às contas de 2012, registradas no Relatório nº 201305680.

Destas, 11 referem-se a governança de TI, em especial a segurança de informação e/ou desenvolvimento de sistemas departamentais, conforme a seguir relacionado:

Texto Recomendação	Último posicionamento do gestor	Análise CGU
Elabore, aprove e publique normativo interno que regule a utilização de recursos e dispositivos de computação móvel no INSS.	O normativo foi submetido ao CSTIC no dia 2.12.2015 e aprovado em ata.	O Normativo, ainda depende de publicação para a sua completa eficácia. A minuta do normativo foi submetida à análise desta CGU, ainda em 2013, não havendo nada a apontar em contrário quanto ao seu conteúdo.
Implemente e dote a CGTI de mecanismos automatizados de monitoramento dos serviços de rede de dados, em conformidade com os níveis de serviço acordados.	A solução inclina-se à inclusão deste serviço nos contratos de manutenção predial. Nova minuta padrão para contratação de manutenção predial está sendo finalizada pela DIROFL. Após finalizada e aprovada pela PFE será dada ampla divulgação da mesma e conforme os contratos forem vencendo as Unidades passarão a adotar a nova minuta. Quanto ao Network Operations Center (NOC) da Dataprev, a mesma informou que não foi possível concluir a instalação baseada no contrato atual junto às operadoras. Na próxima licitação, que deverá ocorrer até o final de junho/2016, existirá cláusula contratual que preveja o funcionamento do referido NOC.	Até 30.jun.2016 nenhum contrato de manutenção predial mantido pelas Gex havia sido alterado. Após a aprovação da minuta padrão pela PFE , a mesma poderá ser solicitada ao INSS para verificação da sua adequação aos aspectos procedimentais próprios à licitação de serviços e produtos de TIC. Quanto ao NOC, para a realização de monitoramento das redes lógicas, o INSS depende de ações preliminares por parte da Dataprev para a sua efetivação. Prazo prorrogado para 31.dez.2016.
Formalize e implemente processo de gerenciamento de cópias de segurança para os ativos de TIC, em conformidade com as boas práticas de Segurança da Informação e com as normas GSIPR.	Está sendo definida política de geração de cópias de segurança pelo CSTIC. A sua implementação dependia, em parte, do Comitê Executivo de TI, criado com a Portaria nº 171, de 17.fev.2016.	Com a criação do Comitê Executivo de TI, espera-se que a política de gerenciamento de cópias seja, finalmente, instituída. Novo prazo solicitado pelo gestor: 31.dez.2016.
Elabore, aprove, publique e Implemente processo de Gestão de Incidentes de TIC contemplando a definição de ponto único de contato no INSS para o relato de incidentes; o estabelecimento de Equipe de Tratamento e Resposta a Incidentes (ETIR); e o registro unificado de todos os incidentes verificados, em conformidade com as disposições das normas GSIPR	O INSS ainda não criou uma Equipe de Tratamento e Resposta a Incidentes (ETIR). Encontra-se em fase de elaboração os artefatos necessários para a publicação do ato que criará a ETIR do INSS	O gestor não formalizou um novo prazo que garanta que os artefatos necessários para a publicação do ato que criará a ETIR do INSS serão implementados .



Texto Recomendação	Último posicionamento do gestor	Análise CGU
e boas práticas de Segurança da Informação.		
Implemente mecanismos de proteção à rede de dados, em consonância com a Política de Controle de Acesso e boas práticas de Segurança da Informação.	Perspectiva de contratação de serviço de Diretório Centralizado e, após, de serviço de "Endpoint Security Management".	Há sinalização por parte dos gestores que mecanismos de proteção à rede de dados deverão ser implementados até 31.dez.2016
Elabore, aprove, publique e implemente processo de Gestão de Mudanças para os ativos de TIC do INSS.	Perspectiva de contratação de serviço de registro de demandas para os equipamentos, sistemas e soluções departamentais.	Há sinalização dos gestores em implementar o “processo de gestão de mudanças” até 31.dez.2016
Implemente mecanismos para garantir o controle das configurações dos ativos de TIC, com a proibição de realização de modificações não autorizadas, bloqueio de dispositivos de mídia removíveis, e gestão de licenças de software proprietário adquirido.	Perspectiva de contratação de serviço de Diretório Centralizado no segundo semestre de 2016 e, após, de serviço de “Endpoint Security Management”.	Há sinalização por parte dos gestores que mecanismos de proteção à rede de dados deverão ser implementados até 31.dez.2016
Elabore, aprove e publique diretrizes e normas referentes ao Gerenciamento de Configuração dos ativos de TIC, contemplando aspectos disciplinares a serem aplicados aos servidores que violarem as disposições.	Perspectiva de contratação de serviço de Diretório Centralizado no segundo semestre de 2016 e, após, de serviço de “Endpoint Security Management”.	Há sinalização dos gestores em implementar as soluções até 31.dez.2016
Formalize e implemente mecanismos para a efetiva gestão de segurança dos serviços de rede de dados do INSS, em conformidade com as boas práticas aplicáveis e com as normas da GSI-PR.	Perspectiva de contratação de serviço de Diretório Centralizado no segundo semestre de 2016 e, após, de serviço de “Endpoint Security Management”.	Há sinalização por parte dos gestores que mecanismos de proteção à rede de dados deverão ser implementados até 31.dez.2016
Elabore, aprove e publique diretrizes e normativos para Gestão de Capacidade dos ativos de TIC.	Para que a recomendação acima seja cumprida, é necessária a implementação das soluções de Diretório Centralizado e de Endpoint Security Management, as quais estão com prospecções previstas para o segundo semestre de 2016.	O gestor pretende a implementação de outras soluções além da previsão das “atribuições de propor políticas, diretrizes, normas, padrões, metodologias, planos, programas e projetos de Segurança em TIC” constantes da Portaria nº 947/PRES/INSS/2011 – Comitê de Segurança em TIC. Prorrogado para 31.dez.2016.
Defina e institucionalize a área de TIC (CGTI) como única unidade responsável pelo desenvolvimento de sistemas departamentais, proibindo as demais áreas de negócio de exercer essa atribuição.	1) Será encaminhado estudo de reestruturação da área de TI, avalizado pelo Ministério do Planejamento (MPOG); 2) Edição da Portaria nº 1/CGTI/INSS, de 15.dez.2015, regulando a homologação de sistemas em conformidade com a Portaria nº 02/2014 CGTI/INSS, de “MDS”.	A Portaria nº 1, que remonta à dez/2015, resolve a questão ao passo que determina ser a CGTI a única área competente a homologar sistemas , e segundo padrões definidos, mesmo que desenvolvidos por outras áreas de negócio do INSS. Quanto ao estudo de reestruturação da CGTI, segundo os próprios gestores, o mesmo deve ser avalizado pelo MPOG – solução ainda pendente de implementação.



Com relação às outras 5 recomendações, referentes à relação contratual do INSS com a Dataprev, a equipe de auditoria identificou que elas também permanecem pendentes de regularização, conforme detalhado nos próximos parágrafos.

Em 26 de janeiro de 2016 foi assinado o contrato de prestação de serviços nº 03/2016, celebrado entre o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e a Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social - Dataprev, para execução de serviços de tecnologia e informações. Esse contrato sucedeu o de número 106/2012, de igual finalidade. O contrato tem vigência de 09 meses (26/01/2016 a 26/10/2016), prorrogáveis por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 meses.

Antes da assinatura do contrato 03/2016, o INSS precisou avaliar qual a melhor de duas possibilidades: aditar o contrato anterior (106/2012), ou celebrar um novo contrato, o que acabou sendo a opção escolhida. Para tomar essa decisão, foi criado o “Grupo de Revisão para elaboração de contrato ou aditamento”⁶.

O grupo revisou todos os serviços descritos no contrato 106/2012, e levou em consideração as manifestações das respectivas unidades usuárias dos serviços prestados pela Dataprev, e também as recomendações dos órgãos de controle.

Em seu relatório, o Grupo de Revisão fez constar que “*constatou-se que as áreas, unanimemente, mostraram-se insatisfeitas quanto ao cumprimento de prazos no atendimento das demandas pela Dataprev.*”. O Grupo, porém, considerou inviável contratar outra empresa que não a Dataprev para prestar os serviços necessários ao cumprimento das atribuições do INSS. A solução indicada foi definir um Acordo de Nível de Serviço – ANS mais satisfatório às necessidades do órgão.

As ações relacionadas ao contrato do INSS com a Dataprev vêm sendo acompanhadas por meio do Plano de Providências Permanente – PPP. Após análise do contrato e do anexo de ANS, podem ser listados os termos mais relevantes relativos a desenvolvimento de sistemas (anexo 10.4, item 7) e a desempenho e disponibilidade (anexo 10.4, item 6):

Sobre desenvolvimento de sistemas:

- a) Os prazos de desenvolvimento de sistemas estão relacionados ao número de pontos de função (PF) da demanda. Acima de 201 PF, a negociação é caso a caso.
- b) No ANS (anexo 10.4), o Nível Mínimo de Serviço de Entrega de Desenvolvimento – NMSED (item 7) não estabelece penalidades por atrasos: “*A aplicação da sistemática de monitoramento do serviço de desenvolvimento de sistemas será aplicada após a homologação da demanda e a incorporação de penalidades no caso de descumprimento dos níveis de serviço acordados serão incorporadas na revisão do ANS, após esta etapa.*”.

Sobre desempenho e disponibilidade:

- a) A mensuração do tempo de resposta dos sistemas corporativos somente ocorrerá após a implantação de ferramenta de gestão de serviços pelo INSS.
- b) A medição não abrangerá todos os sistemas, ocorrerá de forma progressiva, programada e acordada entre contratante e contratada e será realizada somente em sistemas da plataforma JAVA J2EE.
- c) A ampliação da quantidade de unidades monitoradas será objeto de negociação entre as partes.

⁶ Portaria nº 1186/PRES/INSS, publicada no Boletim de Serviço nº 189, de 01 de outubro de 2014.



- d) A Contratada deverá implementar ferramenta para medição do tempo de resposta em 240 dias após a assinatura do contrato. O contrato, originalmente, tem vigência de 270 dias.
- e) O ANS não define parâmetros para tempo de resposta. Ao contrário, estabelece que após a implantação da ferramenta haverá monitoramento do CNISPF por, pelo menos, 120 dias para definição de amostra que servirá de base para proposta de metodologia de aferição de tempo de resposta para negociação e posterior inclusão no contrato de revisão do ANS.
- f) O acompanhamento do cumprimento das metas de disponibilidade é realizado individualmente em 50 (cinquenta) APS pré-selecionadas pelo INSS.
- g) O ANS do serviço de correio eletrônico estabelece que as indisponibilidades devem ser notificadas à Dataprev, que analisará "se a causa raiz da indisponibilidade é de sua responsabilidade". Novamente problemas provocados por sobrecarga de utilização não são considerados indisponibilidade de responsabilidade da contratada.

O contrato também prevê que tabulações especiais, oriundas dos bancos de dados em produção, inclusive para atendimento a terceiros ou a decisões judiciais serão previamente submetidos à Dataprev e executados sob regime de empreitada por preço unitário.

Semelhanças e diferenças entre os contratos 106/2012 e 03/2016

O objeto é o mesmo nos dois contratos, bem como o tratamento às tabulações especiais. Também são semelhantes as obrigações de cada parte e o procedimento de recebimento dos serviços.

As penalidades foram mantidas, mas no contrato mais recente houve supressão do item B da cláusula décima quarta: *“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.”*.

O Acordo de Nível de Serviço não teve alteração significativa entre os dois contratos. Foram mantidos o escopo do ANS, os objetivos, os níveis de desempenho e disponibilidade e seu modo de cálculo e o nível mínimo de serviço de entrega de desenvolvimento. Houve pequena alteração nos sistemas envolvidos para adequação à nova realidade (alguns sistemas foram criados e outros descontinuados).

Sobre disponibilidade, por exemplo, a redação é a mesma, inclusive a ressalva de que *“A mensuração do tempo de resposta dos sistemas corporativos somente ocorrerá após a implantação de ferramenta de gestão de serviços pela CONTRATADA”* e restrições como *“A medição não abrangerá todos os sistemas”*.

Não há definição de metas para tempo de resposta. Ao contrário, o ANS estabelece que

“Após a implantação da ferramenta de gestão de serviços pela CONTRATADA, será definido um período de medição para levantamento de dados de baseline, que subsidiarão a definição de metas para os tempos de resposta, durante o qual não serão aplicadas penalidades de ANS;



As medições devem ser realizadas com base em transações específicas dentro de cada sistema e essas devem ser objeto de acordo entre o CONTRATANTE e a CONTRATADA;

As medições deverão ser realizadas, inicialmente, considerando o ambiente central de processamento e gradativamente aplicando a avaliação no maior conjunto possível de unidades do INSS. A ampliação do volume de unidades monitoradas será objeto de negociação entre o CONTRATANTE e a CONTRATADA.”

Em ambos os contratos consta que “a CONTRATADA deverá classificar os incidentes que têm potencial para impactar a disponibilidade dos serviços como incidentes de Gravidade de acordo com os níveis de atribuição de gravidade disposto no Quadro II.” O conteúdo do referido Quadro II foi alterado, estando ambos reproduzidos abaixo:

Quadro I (Quadro II do ANS do Contrato 106/2012 – Nível de Gravidade - Atribuição da Gravidade de Solicitação de Serviços)

Nível de Gravidade	Definição	Tempo de Resposta Inicial	Metas de Comunicação	Responsabilidade da CONTRATADA
Nível I – Crítico	Serviço e infraestrutura de hardware e software não funcionam e impactam a produção e o atendimento de 100% das APS.	Até 30 min	A CONTRATADA e o CONTRATANTE atualizam um ao outro a cada 2 horas. (Gabinete de Crise)	Trabalhar 24 horas por dia com o CONTRATANTE até que o incidente esteja resolvido ou que seja reclassificado com a anuência do CONTRATANTE.
Nível II – Urgente	Problema de alto impacto no prazo do serviço, das Agências, das operações ou do desenvolvimento.	Até 2 horas	A CONTRATADA e o CONTRATANTE atualizam um ao outro a cada 4 horas.	Trabalhar 24 horas por dia com o CONTRATANTE até que o incidente esteja resolvido ou que seja reclassificado com a anuência do CONTRATANTE.
Nível III – Importante	Problema no uso do serviço mas não possui impacto significativo na produtividade para o CONTRATANTE.	Até 8 horas	A CONTRATADA atualiza o CONTRATANTE a cada 2 dias úteis.	Trabalhar com o incidente para a resolução que será validada pelo CONTRATANTE.

Quadro II (Quadro II do ANS do Contrato 03/2016 – Nível de Gravidade - Atribuição da Gravidade de Solicitação de Serviços)

Nível de Gravidade	Definição	Tempo de Resposta Inicial	Metas de Comunicação	Responsabilidade da Dataprev
Crítico	Interrupção de processos críticos de negócio do cliente.	25 minutos ou menos	A Dataprev atualiza a cada 30 minutos.	Trabalhar 24 horas por dia com o INSS até que o incidente esteja resolvido ou a gravidade diminuída (com o consentimento do INSS).
Alto	Interrupção de processos de trabalho dos clientes.	25 minutos ou menos	A Dataprev atualiza a cada 2 horas.	Trabalhar 24 horas por dia com o INSS até que o incidente esteja resolvido ou a gravidade diminuída (com o consentimento do INSS).
Médio	Interrupção localizada ou instabilidades.	2 horas	A Dataprev atualiza diariamente.	Trabalhar com o incidente para a resolução.



Nível de Gravidade	Definição	Tempo de Resposta Inicial	Metas de Comunicação	Responsabilidade da Dataprev
Baixo	Comprometimento para o trabalho dos clientes de forma localizada ou com continuação possível por meio de solução de contorno.	4 horas	A Dataprev atualiza o INSS a cada 3 dias úteis.	Trabalhar com o incidente para a resolução.

Também são iguais nos dois contratos os descontos a serem concedidos nas faturas quando os índices de disponibilidade não forem alcançados, assim como o acompanhamento do cumprimento das metas de disponibilidade (realizado em 50 Agências da Previdência Social pré-selecionadas pelo INSS).

O quadro a seguir sintetiza as recomendações da CGU, constantes no Relatório nº 201305680, referente à avaliação da prestação de contas de 2012, e a situação atual, com base nos termos do Contrato 03/2016:

Recomendação	Contrato 03/2016
Monitore e adote medidas corretivas visando adequar os serviços contratuais prestados pela Dataprev, relacionados à desenvolvimento de sistemas, aos padrões de qualidade, tempestividade e conformidade definidos pelo INSS.	O contrato estabelece prazos em função do número de pontos de função (PF) da demanda de desenvolvimento. Acima de 201 PF, a negociação é caso a caso. Não constam penalidades no contrato (<i>"A aplicação da sistemática de monitoramento do serviço de desenvolvimento de sistemas será aplicada após a homologação da demanda e a incorporação de penalidades no caso de descumprimento dos níveis de serviço acordados serão incorporadas na revisão do ANS, após esta etapa."</i>).
Elabore, aprove e adite ao Contrato nº 106/2012 um Acordo de Nível de Serviço de Desempenho com as métricas adequadas à mensuração deste critério de eficiência, estabelecendo sanções no caso de descumprimento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A mensuração do tempo de resposta dos sistemas corporativos somente ocorrerá após a implantação de ferramenta de gestão de serviços pelo INSS. 2. A medição não abrangerá todos os sistemas, ocorrerá de forma progressiva, programada e acordada entre contratante e contratada e será realizada somente em sistemas da plataforma JAVA J2EE. 3. A ampliação da quantidade de unidades monitoradas será objeto de negociação entre as partes. 4. Consta no ANS que a Contratada deverá implementar ferramenta para medição do tempo de resposta, em 240 dias após a assinatura do contrato. O contrato, originalmente, tem vigência de 270 dias. 5. O ANS não define parâmetros para tempo de resposta. Ao contrário, estabelece que após a implantação da ferramenta, haverá monitoramento do CNISPF por, pelo menos, 120 dias para definição de amostra que servirá de base para proposta de metodologia de aferição de tempo de resposta para negociação e posterior inclusão no contrato de revisão do ANS. 6. O acompanhamento do cumprimento das metas de disponibilidade é realizado individualmente em 50 (cinquenta) APS pré-selecionadas pelo INSS. 7. O ANS do serviço de correio eletrônico estabelece que as indisponibilidades devem ser notificadas à Dataprev, que analisará <i>"se a causa raiz da indisponibilidade é de sua responsabilidade"</i>. Novamente problemas provocados por sobrecarga de utilização não são considerados indisponibilidade de responsabilidade da contratada.
Defina junto a Dataprev um cronograma para a apresentação do Plano de Continuidade de Negócios e da Avaliação de Riscos, aditando o	Não consta no contrato.



Recomendação	Contrato 03/2016
Contrato nº 106/2012 neste ponto e estabelecendo sanções no caso de descumprimento deste prazo.	
Desenvolver ferramenta própria de controle que possibilite a gestão sobre os incidentes ocorridos na prestação dos serviços afetos ao Contrato nº 106/2012, firmado com a Dataprev.	Não consta no contrato.
Garantir o acesso ao modelo de dados e à base de dados, de sua propriedade, e mantida pela Dataprev, para poder realizar consultas necessárias ao atendimento da finalidade institucional.	Cláusula Primeira - Do Objeto: "Parágrafo Quarto – Os serviços abaixo discriminados que, no decurso da execução deste Contrato, sejam identificados como necessários, e requisitados pelo INSS, aqui representado pelo interlocutor descrito na Cláusula Nona, serão previamente submetidos à Dataprev com as respectivas descrições e prazos de entrega: a) Tabulações Especiais, oriunda dos bancos de dados já existentes em produção; b) Disponibilização e/ou realização de tabulações especiais a terceiros, solicitadas sempre pelo INSS, inclusive para atendimento às determinações judiciais; c) Ações extraordinárias nos bancos de dados dos sistemas do INSS; d) Serviços sob demanda."

Não há correlação direta entre as discussões do Grupo de Revisão e as recomendações em acompanhamento. O Grupo analisou os serviços, estipulou quais poderiam ser descontinuados e quais deveriam ser mantidos e manifestou-se de acordo com alterações na unidade de medida de alguns serviços, de “registros mantidos na base” para “taxa mensal”. Essas alterações foram realizadas ainda em aditivos ao contrato 106/2012, e mantidas no contrato novo (03/2016).

Em seu relatório, o Grupo de Revisão tratou ainda de transparência de preços e revisão de obrigações contratuais. Alguns trechos:

“3.4 Da Transparência dos Preços

Como visto até aqui, a contratação da Dataprev fundamenta-se na prestação de serviços às áreas de negócio do INSS, sustentados por diversos sistemas que os compõem.

Considerando-se, como exemplo, o serviço 20.1 – Serviço de Gestão de Benefícios Previdenciários, a remuneração efetuada à Dataprev é de R\$ 0,91 (noventa e um centavos) por crédito gerado, nos quais os custos de cada sistema estão diluídos em conjunto com o valor do processamento.

Visando a proporcionar maior transparência ao custo de cada sistema e de cada serviço no contrato, foi proposta a criação de um novo Anexo X – Regimes de Operação, Nível de Gravidade e Valores dos Sistemas, que deverá conter o custo unitário de cada sistema.

Para o serviço tomado como exemplo, a proposta é que o serviço seja dividido em dois itens de faturamento: um, contendo valor como taxa mensal para o Serviço de Processamento de Benefícios Previdenciários, e outro, como taxa mensal também, contendo a



soma de todos os sistemas que dão sustentação a este serviço, intitulado “Serviço de Sustentação dos Sistemas de Benefícios Previdenciários.””

Analisando-se o Anexo 10.5 do Contrato 03/2016, não se observa que a sugestão tenha sido acatada, tendo permanecido o formato de cobrança vigente anteriormente. Sobre as obrigações:

“3.5 Da Revisão das Obrigações Contratuais

Nesta fase dos trabalhos, verificou-se também que no Contrato nº 106/2012 não havia correspondência direta entre as obrigações atribuídas à contratada, estabelecidas na Cláusula Oitava, e as penalidades contidas na Cláusula Décima Quarta - constavam penalidades de Advertência e Multa aplicáveis indistintamente a qualquer descumprimento contratual.

Por sua generalidade, o grupo entendeu que o modelo ensejava dificuldades ao Gestor por não realizar a direta correspondência entre a infração cometida e a sanção aplicável. Neste ponto, vê-se como necessária a correção desta distorção, atribuindo-se correspondência direta entre o descumprimento de uma obrigação a uma penalidade, de forma objetiva.

No que pertine ao critério da dosimetria das penalidades, foram analisadas as obrigações que mais impactam na execução do objeto; foi atribuída Multa, adotando-se variáveis - base de cálculo e percentual, à medida da gravidade descumprimento - Anexo XII – Tabela de Correspondência de Penalidades, deste relatório.

Cita-se, como exemplo, o descumprimento recorrente de níveis de serviços, que, no Contrato nº 106/2012 é coibido com a aplicação de penalidade de Advertência. Entendeu-se que tal sanção era por demais branda para evitar a reiteração da conduta da contratada. Assim, nas hipóteses em que a contratada recorrentemente extrapolar os limites tolerados no ANS, propõe-se a aplicação de multa compensatória.”

Como já dito, todavia, as penalidades (cláusula décima quarta em ambos os contratos) são as mesmas.

Dessa forma, a partir da análise dos termos acordados no novo contrato firmado com a Dataprev, verifica-se que não foram atendidas as recomendações da CGU, bem como não foram acatadas as sugestões propostas pelo Grupo de Revisão quanto a transparência de preços e revisão de obrigações contratuais.

4.1.1.2 INFORMAÇÃO

Análise das Peças

Fato



Na análise dos conteúdos constantes no Relatório de Gestão do INSS referente à prestação de contas do exercício de 2015, verificou-se que, à exceção das informações referentes à **Execução física e financeira da Ação 116V**, constam os dados exigidos na Portaria TCU nº 321/2015.

A seguir são transcritos os dados referentes à citada Ação:

2.2.2. Execução física e financeira das ações da Lei Orçamentária Anual

Quadro 2.2.2. – Ações de responsabilidade da UPC (Valores em R\$1,00)

IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO							
Código		116V			Tipo: Projeto		
Título		Instalação de Unidades de Funcionamento do INSS					
Iniciativa		00QU – Ampliar e modernizar a rede de atendimento da Previdência Social					
Objetivo		Promover a melhoria da qualidade dos serviços previdenciários e o reconhecimento automático de direito			Código: 0251		
Programa		Previdência Social			Código: 2061		
Unidade Orçamentária		33201 – Instituto Nacional do Seguro Social					
Ação Prioritária		() Sim (X) Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria					
EXECUÇÃO FINANCEIRA E FÍSICA							
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Meta				
Dotação Inicial	Dotação Final	Valor Realizado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Previsto	Reprogramado	Realizado
55.150.000,00	25.150.000,00	14.753.169,00	Unidade instalada	Unidade	110	-	14

4.1.2 Avaliação dos Controles Internos Administrativos

4.1.2.1 CONSTATAÇÃO

Débitos vencidos dos agentes pagadores junto ao INSS no valor de R\$ 150.420.620,65, referentes a acerto de contas e receita da folha do exercício de 2015.

Fato

O Sistema de Pagamento de Benefícios – SISPAGBEN foi instituído com o objetivo de registrar os fatos contábeis resultantes das operações geradas pela gestão da folha de pagamento de benefícios administrados pelo INSS, bem como efetuar o controle tempestivo dos valores encaminhados aos bancos para realização de pagamento de benefícios.

Nesse sentido, os controles internos foram avaliados com o intuito de responder a seguinte questão de auditoria:

Os controles internos relacionados à elaboração das demonstrações contábeis e de relatórios financeiros são confiáveis e efetivos?

Com efeito, esses controles foram abordados sob a perspectiva dos riscos operacional e financeiro, associados ao processo de pagamento de benefícios e ao provisionamento e acerto de contas efetuados pelas instituições bancárias, aferindo a conformidade deste processo.

Como resultado da análise, revelou-se que há elevado grau de morosidade acerca da cobrança junto aos agentes pagadores, resultando em R\$ 150.420.620,65 pendentes de pagamento ao INSS, referente ao acerto de contas (R\$ 89.362.076,24) e receita da folha (R\$ 61.058.544,41), ambos do exercício de 2015.



Destaca-se que elementos relacionados aos benefícios como valor, período de vigência, prazo de cobrança são determinados conforme regramentos estabelecidos nos contratos firmados entre INSS e instituições financeiras.

O INSS possui duas modalidades de contratos com instituições financeiras, regidos pela Lei nº 8.666/93, tendo por objeto a prestação de serviços de pagamento dos benefícios administrados pela Entidade: Pregão e Estoque.

Os Contratos de Nº 32 ao Nº 48/2011 abrangem os benefícios cuja data de despacho do benefício tenha ocorrido até 31.12.2009, bem como nos municípios e distritos com agência, posto ou correspondente bancário pioneiro, independentemente da data de despacho do benefício.

Já o Contrato Nº 38/2009, tem por objeto a “prestação dos serviços de pagamento de benefícios administrados pelo INSS e o estabelecimento de ordem de preferência para a consecução dos serviços de administração de novas contas. (Pregão).

Os serviços são prestados pelos bancos, com base nas informações individualizadas por beneficiários, remetidas pelo INSS por meio da DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social, via Protocolo de Pagamento de Benefícios em Meio Magnético, acordado entre o INSS/DATAPREV, sendo parte integrante do contrato, e pela legislação específica do Sistema Financeiro Nacional.

O Protocolo de Pagamento de Benefícios em Meio Magnético reflete os prazos e os procedimentos para o pagamento de benefícios e prestação de contas, acordados em contrato firmado entre o INSS - Instituto Nacional do Seguro Social e a rede bancária, intermediado pela FEBRABAN - Federação Brasileira de Bancos.

Fluxo do Processo – Pagamento de Benefício

Antes de adentrar propriamente no fluxo do processo de pagamento e acerto de contas, é imperativo que alguns conceitos sejam abordados, quais sejam:

- Proposta de Pagamento de Benefícios (PPB): é o documento completo que permite aos gestores do INSS atuarem na execução da despesa no SIAFI. É gerado a partir de arquivos oriundos do Sistema Único de Benefícios – SUB.

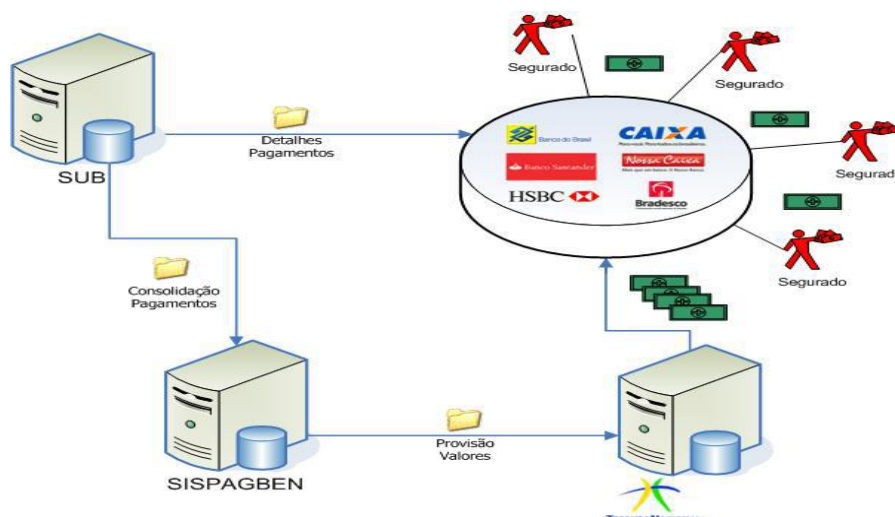
A PPB é composta, dentre outros itens, por:

- a) **Relação de Créditos a Efetuar - RCE:** refere-se ao valor líquido a ser repassado aos agentes pagadores de benefícios, ou seja, é a soma total dos valores a serem sacados pelos beneficiários separados por bancos;
- b) **Demonstrativo de Despesas de Benefícios – DDB:** trata-se dos valores das despesas com benefícios administrados pelo INSS no nível de detalhamento de Conta Contábil, ou seja, de escrituração contábil. É o documento que dá suporte aos lançamentos de execução orçamentária, financeira e contábil no SIAFI;

A partir da consolidação de pagamentos no Sistema Único de Benefícios – SUB, a DATAPREV disponibiliza os arquivos de créditos de benefícios para a rede bancária e alimenta o SISPAGBEN em meio magnético. Adicionalmente, também recebe da rede bancária os arquivos de prestação de contas dos benefícios pagos e não pagos para o



processamento, possibilitando, dessa forma, o acerto de contas, como se observa na figura abaixo:



Quanto à execução orçamentária, financeira e contábil no SIAFI, de posse da PPB, o executor, com base nos relatórios contidos na proposta de pagamento, realiza os lançamentos no SIAFI e emite a Ordem Bancária. Não obstante o cálculo dos valores ser realizado de forma automática no SISPAGBEN, o lançamento destes no SIAFI se dá de forma manual, constituindo-se em um ponto de crítico do processo.

Questionado sobre tal problema, o gestor manifestou-se da seguinte forma:

“Faz parte do planejamento do sistema a integração com o SIAFI de forma que ação acima deixe de ser executada manualmente. No passado, esbarramos nas limitações da Secretaria do Tesouro Nacional – STN, uma vez que a mesma encontrava-se totalmente voltada para implantação do Novo SIAFI, bem como o novo modelo de contabilidade.

Outra constatação identificada no processo de pagamento diz respeito às diferenças apuradas entre os valores constantes na RCE e DDB. O valor referente à RCE tem origem no arquivo do SUB, o líquido da PPB decorre de uma equação interna no SISPAGBEN (Bruto – Descontos = Líquido).

A diferença se dá por falta de informação nas rubricas de descontos, ocasionando, dessa forma, um líquido da PPB maior que o valor da RCE. Causa desta consequência encontra-se nos processos de Pagamento Alternativo de Benefícios - PAB e Crédito Diário, em que muitas vezes o usuário da APS não informa os valores das rubricas informativas, culminando na divergência acima exposta.

A título de exemplo, tem-se a PPB 353/2016 em que há o valor de R\$ 505.855,46 registrado a maior no valor bruto (DDB), conforme extração feita no dia 09 de junho de 2016, demonstrada a seguir:



Resumo	RCE	DDB	Calamidade	Adiantamento de 13º	Tratamento	Execução Financeira
Relação de Créditos a Efetuar						
CBC	Banco	Valor (R\$)				
001	BANCO DO BRASIL S/A	427.445.667,66				
003	BANCO DA AMAZONIA SA	7.286.098,05				
004	BANCO DO NORDESTE DO BRASIL S/A	24.110.827,14				
021	BANCO DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO S/A	8.190.513,63				
033	BANCO SANTANDER (BRASIL) S/A	74.077.824,75				
037	BANCO DO ESTADO DO PARA S/A	4.585.628,27				
041	BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S/A	43.079.506,08				
047	BANCO DO ESTADO DE SERGIPE S/A	3.862.186,41				
070	BANCO DE BRASILIA S/A	2.231.127,40				
104	CAIXA ECONOMICA FEDERAL	257.884.082,32				
237	BANCO BRADESCO S/A	500.712.756,84				
318	BANCO BMG SA	64.082,02				
341	BANCO ITAU S/A	244.517.919,26				
389	BANCO MERCANTIL DO BRASIL S/A	37.233.180,69				
399	BANCO HSBC BANK BRASIL S/A - BANCO MULTIPLO	41.016.456,86				
422	BANCO SAFRA S/A	1.760,00				
748	BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A	30.972.735,27				
756	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.	15.516.455,12				
Total		1.722.788.807,77				

Figura 1

O valor de R\$ 1.722.788.807,77 destacado na Figura 1 refere-se à RCE. Por outro lado, os valores consolidados presentes na DDB (Figura 2) perfazem um total de R\$ 1.723.304.663,23, ocasionando uma diferença de R\$505.855,46.

Resumo	RCE	DDB	Calamidade	Adiantamento de 13º	Tratamento	Execução Financeira
Benefícios Rurais						
Total Bruto (R\$)						R\$ 996.860.165,99
Descontos de Adiantamento de 13o Salário						R\$ 173.567,57
Recuperação ao INSS						R\$ 257.903,98
Empréstimo Consignado						R\$ 93.276.127,88
Imposto de Renda Retido na Fonte						R\$ 5.856,55
Descontos de Calamidade/Exercícios Anteriores						R\$ 138.055,59
Entidades de Classe						R\$ 3.714.651,22
Imposto de Renda no Exterior						R\$ 2.420,00
Descontos de Contribuição Previdenciária						R\$ 1.737,68
Total Líquido (R\$)						R\$ 899.289.845,52
Benefícios Urbanos						
Total Bruto (R\$)						R\$ 900.556.210,22
Recuperação ao INSS + Recuperação ao INSS sobre 13o Salário						R\$ 634.864,71
Imposto de Renda Retido na Fonte + Imposto de Renda sobre 13o Salário						R\$ 166.732,00
Entidades de Classe						R\$ 121.470,35
Descontos de Calamidade/Exercícios Anteriores						R\$ 34.354,58
Empréstimo Consignado						R\$ 74.451.733,21
Descontos de Adiantamento de 13o Salário						R\$ 776.133,16
Imposto de Renda no Exterior						R\$ 55.217,44
Descontos de Contribuição Previdenciária + Contribuição Previdenciária sobre 13o Salário						R\$ 310.887,06
Total Líquido (R\$)						R\$ 624.004.817,71

Figura 2

Impende citar que há procedimentos adotados a fim de corrigir tais divergências. Após a identificação da diferença, que ocorre por meio de planilhas em Excel, esta é lançada como dedução do elemento de despesa Pagamento de Benefício por Tempo de Contribuição.

A escolha por este elemento foi determinada pela Diretoria de Orçamento, Finanças e Contabilidade do INSS, com base na materialidade que este elemento de despesa representa, de aproximadamente 80% dos valores de benefícios pagos pelo INSS.

Do fato supracitado decorrem duas situações. Primeiro, registre-se, positivamente, que tal ajuste possibilita que não haja diferenças orçamentárias, visto que o valor a maior registrado na PPB é estornado. Isto pode ser evidenciado por meio de acesso realizado no dia 10 de junho ao SIAFI, em que o valor acima exemplificado no caso da PPB 353/2016 foi estornado dia 25 de maio de 2016:



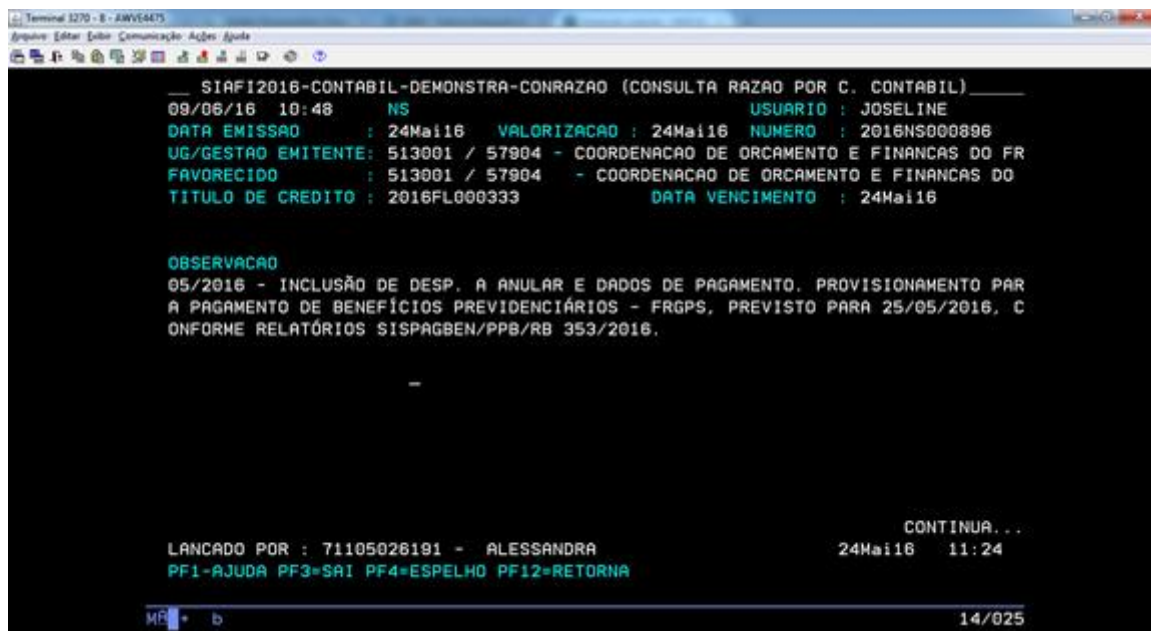


Figura 3

Contudo, apesar de proporcionar a correção dos lançamentos, esse procedimento causa um problema nos demonstrativos contábeis, pois não necessariamente os valores a maior da PPB correspondem ao elemento de despesa utilizado - Pagamento de Benefício por Tempo de Contribuição – ainda que este seja materialmente relevante. Assim, prejudica a fidedignidade e confiabilidade dos demonstrativos contábeis, contrariando os ditames da NBC TG ESTRUTURA CONCEITUAL – Estrutura Conceitual para a Elaboração e Apresentação das Demonstrações Contábeis, que traz em seu item 31, Confiabilidade:

31. *Para ser útil, a informação deve ser confiável, ou seja, deve estar livre de erros ou vieses relevantes e representar adequadamente aquilo que se propõe a representar.*

Por fim, deve-se realçar que embora ainda não tenha sido editado o Manual de rotinas do SISPAGBEN, este se encontra em processo de elaboração, conforme formalizado pelo gestor em resposta à SA n° 201601412/04, de 01/06/2016. Concluído, permitirá que sejam documentadas as rotinas já existentes, bem como criadas novas rotinas de trabalho. Isto, em tese, proporcionará a dispersão de conhecimento, ao invés de concentrá-lo em poucos servidores. A conclusão está prevista para o final do exercício 2016, não sendo, portanto, realizada análise do documento.

Fluxo do Processo - Acerto de Contas

A etapa de acertos de contas dos valores provisionados considera as informações dos benefícios pagos e não pagos; bem como as devoluções de valores atualizados dos benefícios não pagos.

Resumidamente, é o batimento da diferença entre o valor repassado aos bancos e os valores efetivamente pagos pelos bancos aos beneficiários da Previdência Social, corrigidos pela taxa SELIC.

O SISPAGBEN calcula esse valor e indica aos agentes pagadores os valores a serem devolvidos decorrentes dos benefícios não pagos aos beneficiários. Estes por sua vez, por meio do Sistema Brasileiro de Pagamento – SPB, emitem mensagens equivalentes a uma



GRU para a conta única do Tesouro Nacional vinculada a UG do RGPS em código específico.

A referida GRU é carregada no SISPAGBEN e, havendo divergência, inicia-se o processo de cobrança.

Residem neste ponto, novamente, problemas relacionados a rotinas manuais dentro de um processo elaborado para que fosse totalmente automatizado. O processo de cobrança tem início a partir de extração feita do Sistema Transferência de Arquivos - STA do Tesouro Nacional e enviado via ferramenta Guia de Transferência de Arquivos - GIS, disponibilizada pela Dataprev para tal finalidade. Não há manipulação dos dados por parte do servidor do INSS nesta fase, apenas mudança de nome e formato, em conformidade com o padrão de envio estabelecido pela Dataprev.

Sobre este item, o INSS se manifestou alegando o que segue:

O INSS cadastrou a demanda DM.055810 - CGOFC GRU, que consiste na implantação de uma infraestrutura para recebimento dos arquivos da GRU oriundos da STN via utilização da ferramenta QWare contido no DATAPREV, para que este passe a receber diariamente os arquivos gerados pela STN. Esta demanda encontra-se em andamento e sua previsão para conclusão é para 19/08/2016.

Outro aspecto que impacta negativamente o processo de cobrança refere-se ao fato da maneira de realizar as notificações dos valores devidos pelos bancos. Em que pese existir a ferramenta dentro do SISPAGBEN, atualmente se emitem ofícios aos agentes pagadores solicitando restituição dos valores pendentes.

O motivo alegado para adoção deste procedimento refere-se à insegurança da Coordenação-Geral de Finanças e Contabilidade quanto ao valor jurídico da notificação via sistema, haja vista que o recebimento da notificação pelos bancos não se dá por certificação digital. Considerando essa insegurança, decidiu-se emitir ofício para realização da cobrança.

A partir da análise do Relatório de Consulta de Acerto de Contas, extraído do SISPAGBEN, referente à competência de fevereiro/2016, conclui-se que 78% dos contratos encontram-se regularizados, restando 22% de pendências com saldo a maior para o INSS, número este relativamente alto, considerando que há um sistema informatizado que permite o controle tempestivo dos saldos bancários.

Fluxo do Processo - Cobrança

A ausência das rotinas informatizadas quanto à GRU impacta negativamente o processo de cobrança e a efetividade dos controles internos inerentes a este processo. O sistema não informa quais bancos já foram notificados, visto que essa cobrança ainda é dissociada do SISPAGBEN. Por conseguinte, este controle é feito manualmente pelos servidores do INSS, arquivando os ofícios em papel, prejudicando sua eficácia.

Não obstante o processo ser manual, alguns relatórios extraídos do SISPAGBEN não permitem que sejam utilizados de forma gerencial dada a ausência de alguns dados e falta de clareza quanto ao significado de outros, consoante exemplo abaixo na figura 4:



Competência de Início:	02/2015	Competência de Fim:	02/2015
Origem Orçamentária:	Todas	Situação da Competência:	Todas

	Banco	Origem Orçamentária	Situação	Último CONPAG	Última GRU	Valor Provisoriado (R\$)	Valor Pago (R\$)	Diferença Atualizada (R\$)	Saldo a favor do INSS (R\$)
02/2015		EFU	Pendente	08/05/2015	09/06/2015	80.822.821,36	80.341.974,10	310.681,23	70.082.448,74
02/2015		LOAS	Pendente	25/05/2015		635.965.867,32	646.882.526,33	-10.319.389,50	290.251.763,88

Destarte, o controle se torna mais trabalhoso à medida que as planilhas são digitadas pelos servidores, aumentando o risco de incorreções dada o alto grau de inserção da atividade humana em rotinas previamente planejadas para serem executadas de maneira informatizada.

Ademais, o sistema também não calcula os valores devidos de forma acumulada, mas sim por competência mensal. A implicação disso é o fato de ter que se consultar mês a mês os valores a serem cobrados, dispendendo tempo e recursos. Adicionalmente, essa forma de cálculo permite que competências anteriores deixem de ser cobradas, causando prejuízos ao erário.

Prova deste fato é ilustrada na figura 5, que representa uma extração feita no dia 16 de junho, em que a competência 3 de 2015 possuía um saldo a favor do INSS de R\$ 23.992,70:

16/06/2015

Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil da Folha de Pagamento de Benefícios - Consultar Acerto de Contas

COMPETENCIA 03/2015

Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil da Folha de Pagamento de Benefícios

Pagamento Empréstimo Consignado Acerto de Contas Receita da Folha Arquivos Consultas Relatórios Órgão/Exercício Manutenção Ajuda Sair

Usuário: 07749793640 - Samia Carneiro Fonseca - INSSDF
Órgão: FRGPS - Exercício: 2015

Consultar Acerto de Contas

Dados da Pesquisa

Banco: 001 - BANCO DO BRASIL S/A

Situação da Competência: Todas

Competência Início: 01/2015

Competência Fim: 12/2015

Origem Orçamentária: RGPS

Situação do Saldo Atual: Todas

Pesquisar

Emitir Documento

Tipo de Documento: PDF

Emitir

Acertos de Contas

Competência	Banco	Origem Orçamentária	Situação	Último CONPAG	Última GRU	Valor Provisionado (R\$)	Valor Pago (R\$)	Diferença Atualizada (R\$)	Total GRUs Quitadas	Saldo a Favor INSS (R\$)	Saldo a Favor Banco (R\$)	Detalhar
01/2015	001 - BANCO DO BRASIL S/A	RGPS	Pendente	25/05/2015	12/06/2015	6.204.767.084,71	6.183.807.566,33	24.594.580,52	25.132.895,55	0,00	6.402,13	
02/2015	001 - BANCO DO BRASIL S/A	RGPS	Pendente	25/05/2015	18/08/2015	6.302.493.346,43	6.274.072.866,09	32.868.385,00	33.262.279,10	0,00	15.615,95	
03/2015	001 - BANCO DO BRASIL S/A	RGPS	Pendente	02/06/2015	09/06/2015	6.351.082.163,60	6.313.959.422,50	41.313.820,96	41.313.825,45	23.992,70	0,00	

Dinheiro público é da sua conta
www.portaldatransparencia.gov.br

75

Contudo, nos controles manuais realizados pela equipe do INSS, com data de 18/12/2015 não foi identificado tal valor:

Data de Apresentação: 09/06/2015			
	Valor da GRU	-Valor Calculado	Diferenças
Valor Principal (R\$)	37.122.741,00	41.313.820,96	4.191.079,96
Juros/Encargos (R\$)	4.191.085,45	20.982,46	-4.170.102,99
Outros Encargos (R\$)	0,00	0,00	0,00
Total (R\$)	41.313.826,45	41.334.803,42	(20.976,97)

Data de Apresentação: 18/06/2015			
	Valor da GRU	Valor Calculado	Diferenças
Valor Principal (R\$)	0,00	4.191.079,96	4.191.079,96
Juros/Encargos (R\$)	35.905,17	-4.155.180,31	-4.191.085,48
Outros Encargos (R\$)	0,00	0,00	0,00
Total (R\$)	35.905,17	35.899,65	-5,52

Saldo em 18/12/2015 - Diferenças da Competência				
	Valor Principal (R\$)	Juros/Encargos (R\$)	Outros Encargos (R\$)	Total (R\$)
A favor do Banco	5,52	0,00	0,00	5,52

Como consequência, não havia sido expedido o ofício de notificação do respectivo banco relativo ao débito da competência 03, o que implica dizer que os valores não foram cobrados.

Superada a forma de calcular e apurar o débito, é feita a cobrança dos valores pendentes via ofício e, esgotado o prazo para o pagamento, tem início uma nova etapa de cobrança, que no caso particular da receita da folha, segue o fluxo previsto nos contratos dos Pregões Presenciais e do Estoque.

Nestes casos, as cláusulas contratuais estabelecem que deve ser aberto um processo administrativo a fim de dar continuidade ao processo de cobrança. Persistindo a pendência, passo seguinte consiste na inscrição da instituição financeira no CADIN e seu débito em dívida ativa na União por meio da procuradoria jurídica do INSS.

Em vistoria realizada pela equipe de auditoria, constatou-se a ausência de abertura de procedimentos administrativos para todas as competências pendentes, quais sejam de janeiro a dezembro de 2015 e, se fosse o caso, ato contínuo, inscrição no CADIN e encaminhamento para inscrição em Dívida Ativa, via PFE.

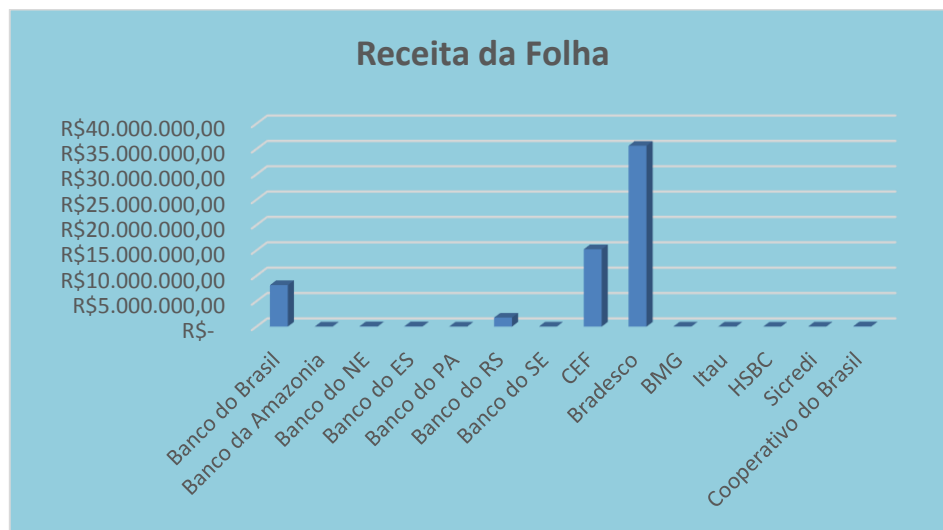
A morosidade processual em tela vai de encontro aos ditames legais que alicerçam o tema, como a Lei nº 10.522/02, que dispõe sobre o CADIN no âmbito federal, e a Portaria/INSS nº 1.495/13. Ambos normativos determinam que a inscrição no CADIN ocorra 75 dias após regular notificação.

Após análise dos dados recebidos por meio da SA 201601412-07, constatou-se que os valores devidos ao INSS representam uma soma considerável de recursos, perfazendo um total de R\$ 150.420.620,65.



Por oportuno, registre-se que tal soma está dividida entre valores devidos oriundos do Acerto de Contas e Receita da Folha.

No que tange à Receita da Folha, as instituições financeiras devem ao INSS a quantia de R\$ 61.058.544,41, segmentados da seguinte maneira:



Já quanto ao Acerto de Contas, o valor atinge R\$ 89.362.076,24 distribuídos entre os agentes pagadores, como segue:



Como se depreende dos fatos apresentados, a etapa final do processo de cobrança também é permeada por falhas em sua execução. Todavia, diferentemente dos problemas apontados anteriormente em que a tecnologia tem papel preponderante nas suas causas, agora o problema é alheio a seara tecnológica. Constitui-se sob o prisma da gestão, do aspecto administrativo, à medida que existem procedimentos estabelecidos e estes não são executados.

Causa

Uma das causas para as inconsistências identificadas está relacionada à falta de adoção, pelos gestores responsáveis, do conjunto de medidas contratuais e legais para cobrança dos valores devidos, em especial no que se refere à abertura de procedimentos, inscrição no CADIN e encaminhamento para inscrição em Dívida Ativa, via PFE.



Segundo o Regimento Interno do INSS (Portaria MPS nº 296/2009), a responsabilidade pelo processo de cobrança administrativa, nos casos de ocorrência de danos que resultem em prejuízo ao Erário, é da Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística, conforme a seguir transcrito:

Art. 54. À Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística compete:

XVII - determinar que se proceda à cobrança administrativa, afeta à Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística, inclusive de agente público, nos casos de ocorrência de danos que resultem em prejuízo ao Erário;

Outra causa para as fragilidades nos controles internos identificadas no processo de pagamento está relacionada à execução manual de procedimentos, resultante da ausência de rotinas informatizadas.

Por fim, a ausência de Manual de Rotinas do SISPAGBEN, com a consequente falta de padronização e roteirização em algumas etapas de sua execução, também compõe o rol de causas apontadas para as deficiências no processo de pagamento de benefícios e receita da folha.

Manifestação da Unidade Examinada

Por meio do Despacho 01.300-204 – CGOFC foram prestados os seguintes esclarecimentos:

“Preliminarmente, esclarecemos que o controle das cobranças se dá por ofício emitido e não por processo formalizado.

No que diz respeito às inscrições na dívida ativa e no CADIN estas ações ficaram prejudicadas, uma vez que no exercício de 2015 as informações decorrentes das cargas dos arquivos de GRU se deram a contar do segundo semestre do referido ano e de forma diferente do que originalmente estava previsto, ou seja, de forma manual ao invés de automática entre o SERPRO e a DATAPREV.

*Esta ocorrência se deve ao fato da mudança imposta pela STN/SERPRO que definiu exclusivamente o software **Q-Ware** em detrimento do então utilizado **Connect:direct** para recebimento das informações inerentes aos dados das Guias de Recolhimento da União – GRU, sendo que a DATAPREV não estava preparada para a utilização do novo aplicativo requerido, não solucionado até o presente momento.*

*Outrossim, ressaltamos que o INSS cadastrou a demanda DM.055810 (**CGOFC GRU Implantação de uma infraestrutura para recebimento dos arquivos de GRU oriundos do STN**) para que seja configurada a ferramenta **Q-Ware** em um servidor da DATAPREV, para que esta possa receber diariamente os arquivos gerados pela STN/SERPRO. Esta demanda encontra-se em andamento e tem previsão para conclusão em 19/08/2016.*

Diante do exposto, esclarecemos que a não inscrição dos agentes pagadores na dívida ativa e no CADIN, apesar de existir normativos e fluxos definidos para esse procedimento, decorreu de problema operacional.

Ressaltamos ainda que conforme consta da Cláusula Sexta do Contrato firmado perante os agentes pagadores, este Instituto dispõe do prazo de doze meses para notificar



eventuais diferenças físico/financeiras da contratada. Somente depois de esgotados os esforços de cobrança é instaurado o processo administrativo de cobrança, que poderá resultar na inscrição da contratada no CADIN, a depender do resultado, respeitado o direito ao contraditório e a ampla defesa.

Por fim, informamos que todos os agentes pagadores com situação de pendência foram formalmente notificados por este Instituto.”

Análise do Controle Interno

Os controles administrativos no ambiente do SISPAGBEN estão sendo eficazes, se forem considerados apenas aqueles já implantados. Todavia, no aspecto macro do processo de pagamento de benefícios e receita da folha, são inúmeras as fragilidades no ambiente de controle. Desta forma, para que o sistema atinja objetivo estratégico e gerencial a que se propõe, é imprescindível que seja implementado por completo.

Nesse sentido, rotinas informatizadas já previstas na etapa de planejamento do Sistema devem ser concluídas, haja vista que inserções manuais neste processo tendem a causar prejuízos.

O primeiro aspecto negativo tem relação ao risco inerente a que é suscetível a atividade humana. Outro ponto diz respeito ao tempo dispendido com o trabalho (ou retrabalho em alguns casos) causado por processos manuais mencionados ao longo do texto como extração, envio via ofício, montagem de planilhas, dentre outros. Considerando a necessidade de recursos humanos, já demonstrada em relatórios anteriores, cresce a importância de se efetivar os procedimentos no âmbito do sistema.

No que se refere ao processo de cobrança, em sua manifestação, o gestor frisa que problemas operacionais de ordem técnicas impactam diretamente o andamento e conclusão do SISPAGBEN, tendo em vista que depende dos serviços prestados pela Dataprev.

Todavia, a despeito dessa dependência técnica, não parece razoável determinar aspectos de ordem técnica como razão para a não abertura de processo administrativo e inscrição no CADIN e em Dívida Ativa, haja vista que estas fases são posteriores aos procedimentos de cobrança via ofício, ou seja, transcendem à necessidade tecnológica.

Prova disso é que se a DM.055810 citada na resposta estivesse implementada, o problema persistiria, pois está além do fluxo compreendido pelo SISPAGBEN, necessitando, portanto, de ações eficazes de gestão no intuito de recuperar os valores devidos à Autarquia.

Outro elemento que torna frágil o motivo alegado pelo gestor advém da contradição em sua própria resposta, quanto ao item em que se reporta à cláusula sexta. Cita, de forma correta, que o prazo para notificação das instituições bancárias é de 12 meses. Logo após, informa que todos os agentes pagadores pendentes já foram notificados. Ora, se já foram notificados e há competência que já perfazem mais de 1 ano, claro está que o substrato da questão que se apresenta não tem causa a lacuna técnica.

Ademais, impende destacar que o gestor não discriminou expressamente quais seriam os problemas operacionais, além da tecnologia, que realmente impactaram na ausência dos procedimentos de cobrança supracitados.



Como já supracitado, há normativo da própria Autarquia regulamentando o processo de inscrição no CADIN e que não está sendo seguido. Nota-se aqui descumprimento de normativo da própria entidade e, novamente, refutam-se os argumentos apresentados como causa dessa lentidão no processo de cobrança. Reforça-se, pois, a percepção de que embora a dependência técnica exista, a deficiência administrativa se sobrepõe a essa no que tange à cobrança.

Do exposto, conclui-se que, embora incipiente, o SISPAGBEN auxilia a Autarquia a atingir a eficiência operacional e adesão à política traçada pela Alta Administração da Entidade, em particular no que tange aos controles inerentes ao pagamento de benefícios de competência do INSS e a receita da folha. Obviamente, os próximos passos devem seguir na direção da automatização de todo o processo, mitigando assim potenciais riscos advindos da interferência humana no processo de pagamento.

No entanto, as fragilidades identificadas na análise do fluxo do processo, em especial a falta de ação por parte dos gestores em proceder à abertura do processo administrativo de cobrança, e, se for o caso, inscrição dos débitos no CADIN e encaminhamento para a PFE para inscrição na Dívida Ativa, resulta em prejuízos ao erário, no sentido da não arrecadação de valores devidos à autarquia.

Recomendações:

Recomendação 1: Adotar providências para garantir a abertura de processo administrativo de cobrança junto aos agentes pagadores para as pendências identificadas nas competências de janeiro a dezembro de 2015, bem como, se for o caso, inscrição dos débitos no CADIN e encaminhamento para a PFE para inscrição na Dívida Ativa.

Recomendação 2: Implementar as rotinas informatizadas previstas no sistema SisPagBen, no sentido de otimizar as etapas do processo de pagamento de benefícios e receita da folha, bem como garantir a confiabilidade dos demonstrativos contábeis.

Recomendação 3: Elaborar e publicar o Manual do SisPagBem, padronizando as atividades de execução do fluxo do processo de pagamento de benefícios e receita da folha.

5 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

5.1 MOVIMENTAÇÃO

5.1.1 QUANTITATIVO DE PESSOAL

5.1.1.1 INFORMAÇÃO

Fato

Objetivando avaliar a governança de gestão de pessoas no INSS, foi aplicado um Questionário de Autoavaliação ao diretor da área (DGP).

Na tabela abaixo são apresentados, em síntese, os principais temas relacionados na abordagem e os resultados obtidos:

Tema	Nível de adoção	Situação identificada
Execução do processo de planejamento de gestão de pessoas, aprovando e publicando objetivos, metas e indicadores de desempenho.	Médio	<u>Boas Práticas:</u> - Publicação e atualização do estudo de “Lotação Ideal” para as áreas finalísticas do INSS, subsidiando o processo de solicitação de novos



Tema	Nível de adoção	Situação identificada
		<p>concursos públicos para a autarquia, bem como os processos seletivos internos de remoção;</p> <p>- Acompanhamento sistemático de vacâncias com registros da evolução anual (2013 a 2015) e mensal a partir de 2016;</p> <p>- Acompanhamento sistemático de evasões dos servidores com ingresso após 2003 para avaliação dos riscos e identificação dos cargos/formações com menor fixação;</p> <p>- Publicação de orientações às Unidades Descentralizadas para uniformização dos entendimentos sobre a matéria, incluindo o tratamento das inconsistências resultantes das trilhas de pessoal da CGU.</p> <p><u>Oportunidades de melhorias:</u></p> <p>- Ausência de indicadores de gestão voltados às atividades afetas à área de gestão de pessoas.</p>
Identificação de lacunas de competência da equipe de RH	Alto	<p><u>Boas Práticas:</u></p> <p>- Inclusão em 2016 do Projeto “Gestão por Competência: Levantamento de Lacunas de Competências”, como desdobramento do projeto anterior concluído referente ao “Mapeamento por Competências”;</p> <p>- Publicação do Portfólio de Competência do INSS, por meio da Portaria nº 54/DGP/INSS, de 11.5.2016.</p>
Identificação das necessidades individuais de capacitação quando da avaliação do desempenho dos servidores, levando em consideração nas avaliações subsequentes.	Baixo	<p><u>Oportunidades de melhorias:</u></p> <p>Não há uma relação entre a avaliação que subsidia o “Sistema de Gratificação do Desempenho da Atividade do Seguro Social – SISGDASS” e a necessidade de capacitações.</p>
Avaliação de desempenho dos membros da alta administração e demais gestores, vinculada ao alcance dos resultados da Autarquia.	Baixo	<p><u>Oportunidades de melhorias:</u></p> <p>Não há um processo de avaliação de desempenho dos membros da alta administração e demais gestores. Entretanto, todos os gestores da autarquia são responsáveis pela execução do Plano de Ação anual, por meio de formalização do compromisso cumprimento das metas pactuadas.</p>
Processo formal, baseado em competências, para seleção de gestores.	Alto	<p><u>Boas Práticas:</u></p> <p>A autarquia possui processo formal, baseado em competências, para seleção de gestores.</p>

Os referidos posicionamentos foram devidamente suportados pela documentação disponibilizada à equipe de auditoria no decorrer dos trabalhos.

Com base nas análises realizadas, concluiu-se que a governança de gestão de pessoas no INSS é, em boa medida, satisfatória, embora existam oportunidades de melhoria.



O trabalho relativo ao cruzamento de base de dados de pessoal do INSS (Trilhas) continuou no exercício em análise. Separamos aqui a evolução dos principais casos relativos aos trabalhos de 2014 e 2015.

Cinco códigos de trilha mais frequentes (casos de trilha de 2014)⁷

Código	Descrição	Quantidade	Porcentagem
001	Faltas - Desconto na Folha sem Registro no Cadastro	491	26,70%
036	Servidores que Recebem Quintos/Décimos	375	20,39%
021	Aposentadoria - Proporcional com Proventos Integrais	198	10,77%
052	Instituidores de Pensão sem Pensionista	197	10,71%
024	Judiciais - Parcelas fora do SICAJ	179	9,73%
Total		1.440	78,30%

Cinco códigos de trilha mais frequentes (casos de trilha de 2015)⁸

Código	Descrição	Quantidade	Porcentagem
001	Faltas - Desconto na Folha sem Registro no Cadastro	1113	77,62%
052	Instituidores de Pensão sem Pensionista	100	6,97%
008C	Servidores com Parcela de Devolução ao Erário Interrompida (1 Ano Anterior)	50	3,49%
055A	Pagamento de Grat. Natalina/13 Salário (1 Ano Anterior)	24	1,67%
003	Faltas - Devolvidas	20	1,39%
Total		1.307	91,14%

Percebe-se, conforme tabelas acima, forte concentração de registros nos casos da trilha 001 (Faltas - Desconto na Folha sem Registro no Cadastro) de 2014 para 2015.

Tais casos são causados pelo descompasso entre o registro financeiro da falta no SIAPE e o respectivo registro no cadastro – SIAPECAD.

A fonte primária de informação é o registro realizado pelo servidor no SISREF (Sistema de Registro Eletrônico de Frequência). Por ser um sistema interno, não possui conexão com SIAPE e SIAPECAD, o que obriga as Áreas de Recursos Humanos das Unidades Descentralizadas a realizarem o registro posteriormente, de forma manual.

Percebe-se priorização do desconto financeiro em detrimento do cadastro de falta no módulo do Cadastro. Isso deve ser corrigido tendo em vista que o número de dias trabalhados interfere em vários direitos do trabalhador, inclusive aposentadoria.

Para corrigir essas distorções foi publicado o Memorando-Circular nº 10/DGP/INSS, de 15.6.2016, referente aos procedimentos a serem adotados nas Unidades Descentralizadas para adequação no fluxo de lançamento no SIAPE e SIAPECAD, para fins de registro cadastral, e o devido desconto financeiro.

Além da adoção dessa providência, em reuniões com os gestores, tratou-se da possibilidade de a CGU enviar mensalmente os resultados dos cruzamentos das trilhas de pessoal, possibilitando a adoção de medidas tempestivas pelo gestor do Órgão Central no monitoramento dos registros efetuados nas Unidades Descentralizadas. O assunto foi submetido à equipe que promove os cruzamentos na CGU que se mostrou favorável a essa prática, e informou que encaminharia o assunto a instâncias superiores.

⁷ Trilhas de junho de 2014, total 1839 casos.

⁸ Trilhas de junho de 2015, total 1434 casos.



De todo o exposto, conclui-se que o INSS está promovendo ações efetivas no sentido de mitigar inconsistências relacionadas aos casos das trilhas, em especial a trilha 01.

6 GESTÃO PATRIMONIAL

6.1 BENS IMOBILIÁRIOS

6.1.1 UTILIZAÇÃO DE IMOBILIÁRIOS

6.1.1.1 CONSTATAÇÃO

Ausência de informações sobre a cobrança de taxa de ocupação dos imóveis do INSS e do FRGPS ocupados irregularmente, totalizando R\$ 87.835.927,86 nos últimos 12 meses

Fato

Conforme verificado na auditoria de contas do exercício de 2012, consubstanciada no Relatório de Auditoria nº 201305680, foram identificadas ocupações irregulares de imóveis do INSS e do FRGPS.

Com base nesse diagnóstico, foi recomendado ao gestor *adotar providências para a retomada judicial dos imóveis de propriedade do INSS e do FRGPS ocupados irregularmente.*

A partir da recomendação, o gestor implantou o sistema *SGPIweb*, consolidando as informações dos 1.361 imóveis não operacionais, e instaurou os respectivos processos administrativos para sua retomada.

Atualmente 68 Gerências Executivas possuem imóveis ocupados irregularmente. A tabela a seguir apresenta a distribuição dessas Gerências por Superintendência Regional:

Superintendência Regional	Quantidade de imóveis irregulares	Representatividade
I	100	7,35%
II	543	39,90%
III	227	16,68%
IV	197	14,47%
V	294	21,60%
Total	1361	100,00%

A tabela a seguir apresenta os locais de maior concentração de imóveis irregulares:

Gerências Executivas	Quantidade	Representatividade
Rio de Janeiro Norte	321	23,60%
Goiânia	234	17,21%

De acordo com as informações disponibilizadas pelo gestor (extração do *SGPIweb* encaminhada em planilha eletrônica, em anexo ao Ofício nº 936/PRES/INSS, de 31.12.2015), os imóveis são registrados no sistema com as seguintes informações:

Campo do SGPIweb	Conteúdo do campo
Superintendência	descrição da Superintendência a qual o imóvel está vinculado
Gerência	descrição da Gerência a qual o imóvel está vinculado
Endereço do imóvel	descrição do endereço do imóvel, inclui colunas adicionais de cidade e estado da federação
Real Ocup. - Ocupante	descrição da pessoa física ou jurídica que ocupa o imóvel
Real Ocup. - Situação	descrição da situação atual quanto à ocupação do imóvel (invadido, sub judice, locado, etc.)
Real Ocup. - Proc. Regularização	descrição do número do processo instaurado para retomada do imóvel na esfera administrativa



Campo do SGPIweb	Conteúdo do campo
Real Ocup. - Proc. Judicial	descrição do número do processo instaurado para retomada do imóvel na esfera judicial
Data da baixa	data em que o imóvel deixou de pertencer ao INSS ou ao FRGPS
Tipo de baixa	forma em que ocorreu o desfazimento, podendo ser por venda direta, repasse ou nos moldes do PND (leilão público)

Após a análise dos dados, verificou-se inconsistências em 672 dos 1361 registros, ou 49,45% do total. As tabelas a seguir ilustram essa situação:

Real Ocupação - <u>Ocupante</u>	Quantidade de imóveis	Representatividade sobre os 1360	Quantidade de GEX	Local de Maior Incidência	Quantidade	Representatividade
00 - -----	17	1,25%	8	Gex RJ Norte	5	29,41%
99 - Outros	307	22,57%	38	Gex Recife	88	28,66%
24 - APS	6	0,44%	5	Gex Chapecó	2	33,33%
23 - Gerência-Executiva	1	0,07%	1	Gex Natal	1	100%

Real Ocupação - <u>Situação</u>	Quantidade de imóveis	Representatividade	Quantidade de GEX	Local de Maior Incidência	Quantidade	Representatividade
00 - -----	28	2,06%	6	Gex RJ Centro	11	39,29%
(Vazios)	58	4,26%	16	Gex Blumenau	9	15,52%

Real Ocupação - <u>Proc. Regularização Judicial</u>	Quantidade de imóveis	Representatividade	Quantidade de GEX	Local de Maior Incidência	Quantidade	Representatividade
(Vazios)	248	18,24	64	Gex RJ Norte	16	6,45%

Imóveis baixados por repasse, venda direta ou PND que continuam registrados na planilha de "Relação imóveis ocupação irregular"					
Quantidade de imóveis	Representatividade	Quantidade de GEX	Local de Maior Incidência	Quantidade	Representatividade
7	0,51%	3	Gex Volta Redonda	4	57,14%

Visando verificar a adequabilidade das gestões adotadas para a regularização dos imóveis, foram selecionados 4 processos administrativos vinculados à Gerência Executiva do Distrito Federal, conforme tabela a seguir:

Número do Processo	Endereço	Real Ocupante	Informações prestadas pelo gestor em resposta aos questionamentos da equipe de auditoria
3724.000715/2012-85	SIA Trecho 4, Lotes 540/610	Ocupado pelo MS desde 1990.	Iniciadas as tentativas com o Ministério da Saúde e a Secretaria de Patrimônio da União, desde 2011, a venda foi autorizada em 25/5/2015, sendo que presente data a Superintendência do Patrimônio da União no Distrito Federal e a Secretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde não formalizaram a Escritura de Compra e Venda à União. O INSS reiteradamente vem notificando o Ministério da Saúde e a SPU.
3724.000772/2014-26	SAUS, Bloco O, Quadra 6	Ocupado pelo MF desde 1990.	Encontra-se ocupado por órgão do Ministério da Fazenda, sendo que a Gerência Executiva do DF estará encaminhando nos próximos dias o processo para a Procuradoria Regional Federal da 1ª Região para as providências jurídicas, objetivando a reintegração de posse do imóvel, ao mesmo tempo que providenciará a cobrança de taxa de ocupação até que o INSS esteja na posse do imóvel.
3724.000669/2015-67	SAUS, Bloco O, Quadra 4	Ocupado pela RFB/MF desde 2010.	A Gerência Executiva do DF estará encaminhando nos próximos dias o processo para a Procuradoria Regional para as providências jurídicas quanto à devolução do imóvel, ao mesmo tempo em que providenciará a cobrança de taxa de ocupação até que o INSS esteja na posse do imóvel. O citado imóvel não está contemplado entre aquelas com transferência estabelecida pela Lei nº 11.457, de 16 de março de 2007, que criou a Secretaria da Receita Federal do Brasil.
3724.00249/2015-81	Via EPIA Sul, SPMS, lote D, Núcleo Bandeirante, Distrito Federal	Ocupado pela Secretaria da Cultura do GDF desde o tombamento pelo GDF em	A Gerência Executiva munida do Parecer Técnico da Procuradoria Regional Especializada do INSS no DF irá diligenciar junto ao Ministério Público Federal e reversão/impugnação do tombamento, que em muito tem prejudicado, haja vista que se tem buscado constantemente junto à Secretaria do Patrimônio da União, imóvel



Número do Processo	Endereço	Real Ocupante	Informações prestadas pelo gestor em resposta aos questionamentos da equipe de auditoria
		1985 e implantação do Museu Vivo da Memória Candanga em 1990.	nessa área para a construção de Agência da Previdência Social e do Centro de Documentação da Previdência Social.

A análise dos processos supracitados revelou períodos de ocupação irregular variando de 5 até 20 anos, sem que fossem apresentadas medidas efetivas que garantissem a regularização dos imóveis. Ademais, a partir das respostas apresentadas pelo gestor, verificou-se que o Órgão Central não tem conhecimento sobre a efetiva cobranças pelas Unidades Descentralizadas das taxas de ocupação dos imóveis.

Importante ressaltar que a previsão de cobrança da taxa de ocupação dos imóveis em situação irregular encontra-se disciplinada internamente, conforme transcrições a seguir relacionadas do Manual de Engenharia e Patrimônio Imobiliário do INSS, publicado em outubro de 2012:

Seção 2 - Regularização de ocupação

2.1. O INSS promoverá o cadastramento dos eventuais ocupantes dos imóveis para verificação das circunstâncias e origem de cada posse, **cobrança de taxas de ocupação** e atribuição de direito de preferência à aquisição dos imóveis, conforme o caso, repassando-lhes os custos correspondentes.

(...)

Seção 4 - Regularização de invasão

4.1. Notificar o invasor concedendo o prazo de 30 (trinta) dias para desocupação o imóvel.

4.2. **Não havendo desocupação dentro do prazo concedido, será cobrada taxa de ocupação e o processo encaminhado à Procuradoria para ajuizamento da ação de reintegração de posse.**

4.3. **A taxa de ocupação será cobrada até a efetiva reintegração na posse.**

4.2.2. Configurado o desinteresse na aquisição do imóvel objeto da cessão e permanecendo a ocupação, o cessionário será notificado para desocupá-lo no prazo de 90 (noventa dias), findo o qual o INSS será imitado sumariamente em sua posse, ficando, ainda, o ocupante, sujeito a cobrança, a título de indenização, pelo período em que o INSS seja privado da posse, da taxa de 12% (doze por cento) do valor venal do imóvel, por ano ou fração, até sua efetiva e regular restituição, sem prejuízo das sanções e indenizações cabíveis.

4.2.3. Decorrido o prazo estabelecido no item anterior, deverão ser adotadas as seguintes providências:

a) Instrução de processo específico a ser encaminhada a PFE junto ao INSS local, para as providências jurídicas quanto a reintegração de posse do imóvel;

b) cobrança de taxa, através de GPS – Guia da previdência Social, que será emitida pelo (a) Serviço/Seção de Logística, Licitações e Contratos e Engenharia;

c) Alienação do imóvel mediante leilão público, verificando-se, preliminarmente, se já se encontra autorizada a inclusão do mesmo no PND. (sem grifos no original)

Conforme se observa, além da obrigatoriedade de cobrança da referida taxa, há orientação para encaminhamento do processo à Procuradoria para ajuizamento da ação de reintegração de posse. No entanto, o Órgão Central não dispõe de informações sobre o cumprimento desse regramento pelas Unidades Descentralizadas.

Em levantamento realizado no *SGPIweb* em 25.07.2016, a equipe de auditoria identificou que o valor contábil dos imóveis em situação irregular é de R\$ 731.966.065,51.



Projetando-se o valor da taxa de ocupação que deveria ter sido cobrado pela ocupação desses imóveis nos últimos doze meses (12% a.a.), obtém-se R\$ 87.835.927,86. A tabela a seguir detalha esses valores por situação do imóvel:

Real Ocup. - Situação atual	Quantidade	Valor contábil total (R\$)
situação não informada	60	27.775.484,16
00 - -----	28	13.502.531,94
04 - Convênio	8	142.813,60
06 - Locado	1	716.736,55
09 - Ocupação Irregular	472	415.926.525,57
10 - Invadido	589	69.619.002,77
29 - Ocupação Irregular - Sub Jud.	110	134.395.281,80
30 - Invadido - Sub Judíce	93	69.887.689,12
Total Geral	1.361	731.966.065,51

Conforme se observa, 43% (589) dos imóveis foram classificados como “invadidos”. No entanto, a maior representatividade em termos de valores contábeis (R\$ 415.926.525,57 ou 57%) referem-se aos imóveis na situação “ocupação irregular”.

Causa

A causa para as inconsistências identificadas está relacionada à falta de atuação dos gestores responsáveis.

Segundo o Regimento Interno do INSS (Portaria MPS nº 296/2009) a responsabilidade pelo controle e pela gestão dos imóveis encontra-se escalonada em três níveis estratégicos (central, regional e local):

Art. 54. À Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística compete:

I - planejar, coordenar, controlar, orientar, normatizar e supervisionar as atividades relacionadas com as áreas de logística, licitações e contratos, engenharia, patrimônio, orçamento, finanças e contabilidade;

(...)

XII - gerenciar os planos e programas relativos aos ativos imobiliários, assim como a administração efetuada por executores indiretos;

XIII - exercer a supervisão técnica das atividades de gestão interna dos órgãos e das unidades descentralizadas;

Art. 153. Às Superintendências Regionais, subordinadas ao Presidente do INSS, compete:

(...)

III - programar e executar as seguintes atividades comuns, necessárias ao funcionamento de órgãos e unidades do INSS sob sua jurisdição:

(...)

f) coordenação das atividades de logística, patrimônio imobiliário, engenharia e de orçamento, finanças e contabilidade, de acordo com as diretrizes da Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística;

Art. 167. Às Gerências-Executivas, subordinadas às Superintendências Regionais, compete:

(...)



IX - executar as atividades de logística, patrimônio imobiliário, engenharia e de orçamento, finanças e contabilidade necessárias ao funcionamento de órgãos e unidades jurisdicionadas, com a anuência da Superintendência Regional e de acordo com as diretrizes da Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística;

(...)

XIII - adjudicar o objeto e homologar os procedimentos relativos à alienação de bens móveis e de bens imóveis, bem como as escrituras de compra e venda de imóvel;

(...)

XVI - assinar escrituras, liberar hipoteca e demais atos relativos à situação dominial de imóveis;

Manifestação da Unidade Examinada

Em razão das inconsistências observadas nos registros do SGPIweb, da falta de efetividade na recuperação dos imóveis ocupados irregularmente e da ausência de cobrança da taxa de ocupação dos imóveis selecionados para análise, foi encaminhada a Solicitação de Auditoria nº 201601412/08.

No que se refere às inconsistências nos registros do sistema, o gestor informou que ocorreram em virtude de preenchimento equivocado por parte dos servidores das Unidades Descentralizadas.

Com relação às demais questões, foram apresentadas as seguintes informações:

Questão da SA nº 201601412/08	Resposta do Gestor
A partir de que momento ocorre, ou o que motiva, o encaminhamento de um processo à PFE para que sejam iniciados os trâmites necessários à retomada judicial dos imóveis ocupados irregularmente, ou seja, em que momento entende-se que não é mais possível buscar a retomada do imóvel na esfera administrativa?	<i>No momento que se esgotam todos os procedimentos possíveis na esfera administrativa previsto no Manual de Engenharia e Patrimônio Imobiliário, considerando a diversidade de situações e ocupantes, tais como órgãos públicos, imóveis favelizados, dentre outros.</i>
Quem decide quando o processo administrativo deve ser encaminhado à PFE para início do processo na esfera judicial?	<i>Conforme art. 153 e 167 do Regimento Interno do INSS, a gestão dos imóveis cabe ao dirigente da Unidade Descentralizada ao qual o imóvel está vinculado, depois de esgotados os procedimentos possíveis na esfera administrativas previsto no Manual de Engenharia e Patrimônio Imobiliário.</i>
Há orientação formalizada pelo Órgão Central sobre o momento adequado de encaminhamento do processo à PFE?	<i>A PFE pode ser acionada a qualquer momento. A decisão dependerá, em cada caso, no momento que se esgota todos os procedimentos possíveis na esfera administrativa. Havendo diversos atos internos que orientam quanto à forma de provocação da PFE ou a PRF/Local, como o Manual de Engenharia e Patrimônio Imobiliário.</i>
Qual a efetividade na retomada dos imóveis irregulares na via administrativa? Quantos imóveis foram retomados nos anos de 2013, 2014 e 2015?	<i>Considerando que todos os procedimentos são realizados pelas unidades descentralizadas e que não há informação no Sistema, realizaremos pesquisa junto às mesmas solicitando informações atualizadas.</i>
Qual a efetividade na retomada dos imóveis irregulares na via judicial? Quantos imóveis foram retomados nos anos de 2013, 2014 e 2015?	<i>Considerando que todos os procedimentos são realizados pelas unidades descentralizadas e que não há informação no Sistema, realizaremos pesquisa junto às mesmas, realizaremos pesquisa junto às mesmas solicitando informações atualizadas.</i> <i>Cabe ressaltar que, antes da instauração de processo judicial, quando há controvérsias de natureza jurídica entre a Administração Pública Federal e a</i>



Questão da SA nº 201601412/08	Resposta do Gestor
	<i>Administração Pública dos Estados ou do Distrito Federal, a de Municípios que fosse Capital de Estado ou que possuam mais de duzentos mil habitantes, os processos sobre a matéria devem ser encaminhados à Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal - CCAF, conforme Ato Regimental nº 05, de 27 de setembro de 2007, Portaria AGU nº 1.281, de 27 de setembro de 2007 e Portaria AGU nº 481, de 06 de abril de 2009, observando que somente o Presidente do INSS poderá solicitar a instauração deste procedimento conciliatório, independentemente da localização do imóvel.</i>
Há orientação formalizada pelo Órgão Central sobre a cobrança da taxa de ocupação dos imóveis ocupados irregularmente?	<i>Sim. Está previsto na alínea “c”, subitem 2.2.2 ou 2.2.4, da Seção 2, Capítulo VII, Parte I do Manual de Engenharia e Patrimônio Imobiliário.</i>
Quem é o responsável pela cobrança da taxa de ocupação dos imóveis ocupados irregularmente?	<i>Conforme Regimento Interno a gestão dos imóveis cabe ao dirigente da Unidade Descentralizada ao qual o imóvel está vinculado. O Serviço/Seção de Logística, Licitações e Contratos e Engenharia das Unidades Descentralizadas, conforme Subitem 2.2, Seção 2, Capítulo VII, Parte I do Manual de Engenharia e Patrimônio Imobiliário.</i>
Como é feito o controle sobre a cobrança da taxa de ocupação dos imóveis ocupados irregularmente?	<i>A cobrança é efetuada pelo Serviço/Seção de Logística, Licitações e Contratos e Engenharia, através do recolhimento de Guia da Previdência Social, nos códigos 8362 e 8370, pessoa jurídica e pessoa física, respectivamente. Desta forma, o controle é realizado de forma manual na localidade.</i>
Relacionar os imóveis ocupados irregularmente para os quais <u>não</u> foi realizada a cobrança da taxa de ocupação das competências de janeiro de 2015 a maio de 2016.	<i>Considerando que todos os procedimentos são realizados pelas unidades descentralizadas e que não há informação no Sistema, realizaremos pesquisa junto às mesmas, realizaremos pesquisa junto às mesmas solicitando informações atualizadas.</i>
Relacionar os imóveis ocupados irregularmente para os quais <u>foi</u> realizada a cobrança da taxa de ocupação das competências de janeiro de 2015 a maio de 2016, bem como o valor arrecadado para cada imóvel relacionado.	<i>Considerando que todos os procedimentos são realizados pelas unidades descentralizadas e que não há informação no Sistema, realizaremos pesquisa junto às mesmas, realizaremos pesquisa junto às mesmas solicitando informações atualizadas.</i>
De que forma as informações constantes no sistema SGPI/Web são utilizadas pelo INSS?	<i>As informações são utilizadas na gestão do patrimônio imobiliário de cada uma das Unidades Descentralizadas, permitindo ao dirigente local a verificação de imóveis disponíveis para instalação de unidades operacionais e demais atividades do patrimônio imobiliário, incluindo a decisão sobre a alienação.</i>
Qual a importância do registro adequado (fidedigno ao processo físico e tempestivo aos seus atos de gestão) das informações sobre os imóveis irregulares, ou seja, quais os impactos para a gestão patrimonial do INSS do registro incorreto dos dados dos imóveis no sistema SGPI/Web?	<i>As informações constantes no Sistema são utilizadas para subsidiar a tomada de decisão dos gestores quanto à utilização/destinação dos imóveis. Caso não estejam corretas, podem causar medidas não acertadas e gerar inclusive retrabalho.</i>
Existe alguma relação entre a fidedignidade dos dados constantes no sistema SGPI/Web e as estratégias adotadas na gestão do Plano Nacional de Desmobilização – PND?	<i>Sim, a orientação para identificação dos imóveis pelas unidades descentralizadas consta no Memorando Circular nº 2/DIPAI/CEPAI/CGEPI/DIROFL/INSS/2016. A partir dos dados constantes no Sistema, o gestor deveria verificar a situação do imóvel para alienação no exercício.</i>



Análise do Controle Interno

A partir das respostas encaminhadas pelo gestor e da análise dos respectivos documentos que embasam sua justificativa, foi possível evidenciar que:

- Há orientação formalizada no Manual de Engenharia e Patrimônio Imobiliário sobre o momento de encaminhamento do processo à PFE para ajuizamento, bem como sobre a obrigatoriedade de cobrança da taxa de ocupação dos imóveis em situação irregular, porém não foram encaminhadas evidências de que esse ordenamento foi cumprido, pois o Órgão Central não dispõe dessa informação. A responsabilidade pelo seu cumprimento, bem como pelo seu monitoramento encontra-se dividida entre os gestores titulares da Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística, das Superintendências Regionais e das Gerências Executivas;
- O INSS desconhece os valores que deveriam ter sido e que devem ser cobrados a título de taxa de ocupação em razão da utilização dos imóveis da autarquia ou do FRGPS em situação irregular;
- O INSS desconhece a efetividade na retomada dos imóveis irregulares tanto na via administrativa quanto na judicial. Não se sabe quantos imóveis foram regularizados nos últimos três exercícios, pelo menos;
- Os dados referentes aos imóveis são inseridos no sistema SGPIweb de forma incorreta pelos servidores das Gerências Executivas e não há controle por parte das Superintendências Regionais e da Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística. Apesar disso, em sua resposta o gestor ressalta a importância do adequado registro das informações no sistema, tendo em vista que estas subsidiam a gestão do patrimônio imobiliário das Unidades Descentralizadas, permitindo ao dirigente local a verificação de imóveis disponíveis para instalação de unidades operacionais e demais atividades do patrimônio imobiliário, incluindo a decisão sobre a alienação, podendo causar medidas indevidas e gerar retrabalho, caso não estejam corretas.

O gestor cita os artigos 2º e 7º da Lei nº 9.702/1998, que dispõem sobre critérios especiais para alienação de imóveis de propriedade do Instituto. Segundo os referidos artigos:

Art. 2º O INSS promoverá o cadastramento dos eventuais ocupantes dos imóveis a que se refere o caput do artigo anterior, para verificação das circunstâncias e origem de cada posse, **cobrança de taxas de ocupação** e atribuição de direito de preferência à aquisição dos imóveis, conforme o caso, repassando-lhes os custos correspondentes.

Art. 7º Inexistindo manifestação de interesse na aquisição do imóvel, ou não sendo preenchidos os requisitos legais para o exercício de direito de preferência ou manutenção da ocupação, o ocupante será comunicado a desocupar o imóvel no prazo de noventa dias, **findo o qual o INSS será imitado sumariamente em sua posse, ficando, ainda, o ocupante sujeito a cobrança, a título de indenização, pelo período que o INSS seja privado da posse, da taxa de doze por cento do valor venal do imóvel ocupado, por ano ou fração, até sua efetiva e regular restituição, sem prejuízo das sanções e indenizações cabíveis.** (sem grifos no original)

Entretanto, na documentação disponibilizada à equipe de auditoria não foi evidenciado o atendimento à referida norma.

Ressalte-se que, de acordo com os dados fornecidos pelo gestor, é possível projetar o valor de R\$ 87.835.927,86 (12% a.a. do valor contábil) a ser cobrado à título de taxa de ocupação dos imóveis em situação irregular.



Com base no exposto, conclui-se que as inadequações identificadas têm como consequência a dificuldade de alienação de imóveis que não são utilizados para fins operacionais, gerando perda de arrecadação aos cofres públicos, assim como prejuízos pela ausência de cobrança de taxas de ocupação.

Assim, observa-se uma piora na situação identificada pela equipe de auditoria na avaliação da gestão do patrimônio imobiliário do Instituto em exercícios anteriores comparativamente aos atos de gestão praticados no decorrer do exercício de 2015.

Recomendações:

Recomendação 1: Adotar providências para garantir o registro fidedigno e tempestivo no sistema SGPIweb das informações sobre os imóveis do INSS e/ou do FRGPS ocupados irregularmente.

Recomendação 2: Adotar providências para a cobrança imediata de taxa de ocupação de todos os imóveis do INSS e/ou do FRGPS ocupados irregularmente para os quais não tenha sido cobrada a referida taxa, conforme preceitua o Artigo 7º da Lei nº 9.702/1998 e o Manual de Engenharia e Patrimônio Imobiliário do INSS, bem como definir mecanismos para o acompanhamento da cobrança.

Recomendação 3: Adotar providências para a notificação de todos os invasores dos imóveis do INSS e/ou do FRGPS ocupados irregularmente, concedendo o prazo de 90 (noventa) dias para desocupação do imóvel e, não havendo desocupação dentro do prazo concedido, encaminhar o processo administrativo à Procuradoria Federal Especializada para a adoção de providências cabíveis.

