



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
Controladoria-Geral da União  
Secretaria Federal de Controle Interno



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DE  
PROGRAMAS DE GOVERNO Nº 42  
PAGAMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO,  
AUXÍLIO-DOENÇA ACIDENTÁRIO E AUXÍLIO-RECLUSÃO  
ÁREA RURAL E URBANA

# **CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO – CGU**

SAS, Quadra 01, Bloco A, Edifício Darcy Ribeiro  
70070-905 – Brasília-DF  
cgu@cgu.gov.br

**Valdir Moysés Simão**

Ministro de Estado Chefe da Controladoria-Geral da União

**Carlos Higino Ribeiro de Alencar**

Secretário-Executivo

**Francisco Eduardo de Holanda Bessa**

Secretário Federal de Controle Interno

**Luís Henrique Fanan**

Ouvidor-Geral da União

**Waldir João Ferreira da Silva Júnior**

Corregedor-Geral da União

**Patrícia Souto Audi**

Secretária de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas

## **Equipe responsável pela elaboração:**

Diretoria de Auditoria de Pessoal, Previdência e Trabalho – SFC

*Ronald da Silva Balbe (Diretor)*

*Carlos Alberto dos Santos Silva (Coordenador-Geral)*

*Maria Fernanda Monzo Luporini*

*Francisco Robério de Souza Júnior*

*Kátia Eliane Barbosa Gentil*

*Gustavo Longo*

Auditoria-Geral do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS

*Sueli Aparecida Carvalho Romero (Auditora-Geral do INSS)*

*Álvaro Paniago Gonçalves*

*Filomena Maria Bastos Gomes*

## **Equipe responsável pela revisão:**

Diretoria de Planejamento e Coordenação das Ações de Controle – SFC

*Renilda de Almeida Moura (Diretora)*

*Bruno Oliveira Barbosa (Coordenador-Geral)*

*Ralf Araújo Ruas (Chefe de Divisão)*

*Alexandre Ferreira de Macedo*

*As ações de controle nos estados e municípios, elementos indispensáveis para o alcance dos resultados apresentados no presente Relatório, foram executadas pelas Controladorias-Regionais da União nos Estados.*

Brasília, outubro/2015.

*Os resultados apresentados neste relatório foram gerados pelas ações de controle executadas nos estados e municípios pelos servidores lotados nas Controladorias-Regionais da União nos Estados e Auditorias Regionais do INSS, conforme relação a seguir:*

Adelton Vilhena Neves  
Ademir Sousa Lima  
Adriano Pandolfi de Oliveira  
Adriano Vieira da Silva  
Alan Gonzaga da Costa  
Almerinda Alves de Oliveira  
Álvaro Paniago Gonçalves  
Amarildo Oliveira Costa  
Ana Cristina Pacini  
Ana Maria das Graças Santos Aquino  
Ana Paula Polycarpo Torres dos Santos  
Ana Virginia Figueiredo Rocha  
Anellys Emilia Louren-  
ço da Costa Moreira  
Antonio Edilberto Araujo Barreto  
Antonio Fernandes Filho  
Antônio José Dantas Cordeiro  
Antônio Luiz Pereira Dantas  
Arnaldo Pereira Serra  
Azul Fonseca Soares  
Carlos Gil Lopes Rodrigues  
Carlos Henrique da Silva Neves  
Carlos Roberto Andrade  
Célio de Oliveira Cortez  
Celio Fexina  
Cesar Augusto Dias  
Cesar Teruo Yamaguti  
Ciro Jonatas de Souza Oliveira  
Clarisse Frusca Pinheiro  
Claudia Lora  
Claudia Mara Kowalski  
Claudia Regina Franco  
Claudinei Cassimiro da Silva  
Clayton Machado  
Cristina Silva da Conceicao  
Daniel Camargo de Carvalho  
Demétrius Queiroz do Rego Barros  
Djalma Dowsley de Amorim Silva  
Djalma Pecanha Gomes  
Edilce Medeiros Batista  
Edna Shigueyo Hamada  
Eduardo Toshiro Fujito  
Edvaldo Santos Sousa  
Elaine Magda do Prado  
Elza Flavia de Pinheiro Teixeira  
Enio Luiz Mazzoccoli  
Etevaldo da Silva Santos  
Euza Maekawa Nodomi  
Fabio Muniz Barbosa  
Faustino de Jesus Almeida Torres  
Fernanda Barros de Azeredo Passos  
Filomena Maria Bastos Gomes  
Flavio Massashi Tagomori  
Francisco Carlos da Cruz Silva  
Francisco Jose de Lima  
Francisco Roberio de Sousa Junior  
Frederico Perini Muniz

Gabriela Doval Neiva  
Geovana Faria Fernandes  
Gladstone Avelino Britto  
Glauro Luiz Assumpcao Pereira  
Heliane Bertulucci Fernandes  
Heliene Maria Costa Vieira Lima  
Henrique Fleiuss Carneiro Prado  
Ivanir Aparecida do Nascimento  
Ivoni Cristina do Nascimento  
Jaspers Jorge Rodrigues Amorim  
João Elesbão Higa da Silva  
Joaquim D'Aparecida Moraes  
Jose Barbosa Sales  
Jose Dianary Queiroz  
Jose Lucio Pinheiro de Sousa  
Jose Paulino Iglesias Gomes  
Jose Roberto Yoshimassa Aoki  
José Zadra Neto  
Judite Cerqueira Fernandes Prado  
Julio Cesar de Sousa Correia  
Juvencio Paulo de Vilhena e Sousa Neto  
Katia Eliane Barbosa Gentil  
Kiyoshi Adachi  
Larissa de Souza Alvim  
Laura Letsch Soares  
Laura Marcia de Souza Lima Safi  
Leila Juliari Araujo da Cunha  
Leonardo Jose de Medeiros Moura  
Lidia Naomi Furuie  
Ligia Faillace Schilling  
Luciene Monteiro Clacino  
Lucio Braz de Araujo  
Luis Guilherme Pontes de Azevedo  
Luiz Claudio Novaes da Costa  
Luiza Araújo de Souza  
Mara Lúcia Correa Pinto  
Marcelo Pasqualotto  
Marcos Antonio Adriano  
Marcos Venicio Zanetti David  
Maria da Graça Ghiggi Morales  
Maria de Belém Abreu Neves  
Maria Fernanda Monzo Luporini  
Maria Goreti Aparecida No-  
garoli Mascarenhas  
Maria Julia Dellabianca  
Maria Lucia Cedrim da Silva  
Maria Lucia Rodrigues da Silva  
Maria Rogeria de Carvalho  
Marinalva Moitinho Sampaio  
Mario Abrahao Abdala Filho  
Mario Marques Diniz  
Marizete Ribeiro Da Silva  
Mauricio Claudinei de Barros  
Mauricio Gobati Ramos  
Mauricio Luiz Dias Casais e Silva  
Mauro da Silveira Rocha  
Monica Elizabeth Siegl

Nelma Suely Andrade Castro Pereira  
Nelson Antero Noronha Espinoza  
Nilo Cruz Neto  
Oeliton Scopel Silva  
Osvaldo Trindade Carvalho  
Pascoal Pereira Barbosa  
Patrick Rizzon  
Paulo de Tarso Morgado  
Paulo Domingos Correa Junior  
Paulo Roberto dos Santos Lapa  
Pedro Augusto de Jesus Berredo Reis  
Pedro Rocha Cota  
Pio Maria Correia de Oliveira  
Rafael de Oliveira Novo  
Rafael Donofre Forghieri  
Ramiro Barboza Ramos  
Regina Coelho Hande  
Reinaldo Tibechrani Salgado  
Ricardo Cesar Carromeu Dias  
Rildo Teixeira Leita Junior  
Rita de Cássia Caíres Moura Machado  
Roberto Sérgio Rodrigues de Campos  
Robinson Luiz Vieira de Mattos  
Robson Ferreira da Silva  
Rodrigo Nunes Medeiros  
Rosario de Fatima Sil-  
va Cavalcante Rocha  
Rosemeri Fiedler  
Salvador Carrasco Neto  
Sandro Menezes da Silva  
Sergio Augusto de Lima Mayer  
Sergio Roberto de Moura Machado  
Sergio Takayuki Takibayashi  
Silvestre Ernani de Goes  
Monteiro Cabral  
Sueli Aparecida dos San-  
tos Neves de Oliveira  
Suely Missae Shioya  
Tânia Mariza Martins Silva  
Tassio Leonardo da Rocha  
Thiago de Oliveira Santoro  
Valeria Leal Dantas Vasconcelos  
Vera Lucia de Souza Salgado  
Victor Hugo de Souza Gomez  
Volney Nery de Mello  
Waldemar Goncalves de Almeida  
Wander Francisco Coelho de Freitas  
Willes Ribeiro Schmittel  
Wilson Maeda  
Wilson Pereira de Sousa  
Wylmar Duarte Nascimento  
Yara Fragoso Machado



# Competência da CGU

---

Assistir direta e imediatamente o Presidente da República no desempenho de suas atribuições, quanto aos assuntos e providências que, no âmbito do Poder Executivo, sejam atinentes à defesa do patrimônio público, ao controle interno, à auditoria pública, à correição, à prevenção e ao combate à corrupção, às atividades de ouvidoria e ao incremento da transparência da gestão no âmbito da administração pública federal.

## Avaliação da Execução de Programas de Governo

---

Em atendimento ao disposto no art. 74 da Constituição Federal de 1988, a Controladoria-Geral da União – CGU realiza ações de controle com o objetivo de avaliar o cumprimento das metas previstas no Plano Plurianual e a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União.

A escolha do programa de governo para avaliação de sua execução se dá por um processo de hierarquização de todos os programas constantes da Lei Orçamentária Anual, utilizando-se para esse fim critérios de relevância, materialidade e criticidade.

A partir de então, são geradas ações de controle com o fito de avaliar a efetiva aplicação dos recursos destinados ao cumprimento da finalidade constante da ação governamental.

As constatações identificadas nas ações de controle são consignadas em relatórios específicos que são encaminhados ao gestor do programa para conhecimento e implementação das medidas nele recomendadas.

Cada uma das medidas é acompanhada e monitorada pela CGU até a certificação de sua efetiva implementação.

# Sumário-Executivo

---

## Objetivo do Programa

O Programa 0083 – Previdência Social Básica foi concebido pelo Governo Federal com o objetivo de atender aos beneficiários sob a perspectiva da universalidade e da equidade, assegurando-se o seu caráter democrático e a descentralização, reconhecendo direitos e promovendo a inclusão no sistema.

## Finalidade das Ações

As Ações 0136 - Pagamento de Auxílio-Doença Previdenciário, Auxílio-Doença Acidentário e Auxílio-Reclusão - Área Urbana e 001P - Pagamento de Auxílio-Doença Previdenciário, Auxílio-Doença Acidentário e Auxílio-Reclusão - Área Rural tinham, até o exercício de 2011, a finalidade de garantir ao segurado das áreas urbana e rural do Regime Geral da Previdência Social – RGPS renda mensal de caráter temporário por incapacitação para o trabalho, em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza, inclusive acidente de trabalho. A partir do Orçamento de 2012, o pagamento do benefício de auxílio-doença passou a ser vinculado às ações 0E81 - Pagamento de Benefícios Previdenciários Urbanos e 0E82 - Pagamento de Benefícios Previdenciários Rurais, afetas ao Programa 2061 – Previdência Social.

## Como acontece

O processo de execução das referidas Ações de Governo, para fins didáticos, pode ser dividido nas seguintes fases:

O fluxo do processo de concessão, pagamento e manutenção do auxílio-doença compreende, de forma resumida, as seguintes etapas:

**1. Requerimento** - Pode ser feito por meio do Teleatendimento 135, pela Internet ou, excepcionalmente, de maneira presencial, em uma Agência da Previdência Social (APS). A partir da requisição são agendados data e horário para o atendimento da perícia médica.

**2. Avaliação médico-pericial** - O Perito Médico Previdenciário ou o Supervisor Médico Pericial<sup>1</sup> (PMP/SMP) realiza a anamnese<sup>2</sup> e o exame físico, analisa a documentação médica apresentada (exames complementares, declarações de internação, atestados médicos e

---

<sup>1</sup> Cargo de carreira em extinção no INSS, cujo único concurso ocorreu em 1998 e que foi substituída pela carreira de Perito Médico Previdenciário (PMP), no ano de 2003. Atualmente, ainda se encontram SMP no quadro da Autarquia, sendo que aqueles que optaram pela carreira de perito médico exercem as mesmas atribuições dos PMP.

<sup>2</sup> Histórico dos antecedentes de uma doença (doenças anteriores, caracteres hereditários, condições de vida, etc.)

outros) e avalia a incapacidade laboral do segurado em relação a sua ocupação profissional, emitindo um parecer conclusivo, o Laudo Pericial Médico (LPM).

**3. Concessão** - A partir do parecer médico-pericial define-se a concessão do benefício. Em caso de incapacidade laborativa, o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) realiza o reconhecimento do direito e emite a Comunicação do Resultado do Requerimento (CRER), deferindo o benefício. Em caso de indeferimento, a CRER também será o meio de notificação do segurado.

**4. Processamento** - É a migração automática do benefício concedido pelo SABI para o acervo / universo de benefícios mantidos no Sistema Único de Benefícios (SUB). Em seguida, o INSS, por meio da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev), encaminha uma carta ao segurado contendo informações sobre o benefício.

**5. Manutenção** - Inicia-se com o benefício processado em sistema para pagamento. Em casos de morte do titular, de seus dependentes, de constatação de irregularidade na concessão do benefício, término da condição de invalidez, retorno à atividade ou concessão de outra aposentadoria não cumulável, entre outros, o benefício será cessado / extinto.

**6. Pagamento** - Os agentes responsáveis pelo pagamento são a rede bancária e a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT). A Dataprev deve providenciar a suspensão dos créditos dos benefícios cujos recebedores não sacaram os pagamentos dentro do prazo de validade, informando a suspensão ao órgão mantenedor.

## Volume de recursos envolvidos

Tabela 1 – Valor das despesas com pagamento do auxílio-doença				
Tipo	2011 (R\$)	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)
Auxílio-doença previdenciário	13.470.156.000	14.877.501.000	17.039.308.000	14.367.345.775
Auxílio-doença acidentário	2.115.208.000	2.199.955.000	2.379.628.000	6.608.858.624
<b>Total</b>	<b>15.585.366.011</b>	<b>17.077.458.012</b>	<b>19.418.938.013</b>	<b>20.976.206.414</b>

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (2011 a 2013) e Informativo INSS em número (2014)

## Questões Estratégicas

A estratégia idealizada tem como objetivo avaliar os processos gerenciais do INSS na execução das Ações relativas ao auxílio-doença, tratando de aspectos relacionados à celeridade no atendimento ao segurado, à confiabilidade do processo de concessão de benefícios e à estrutura disponibilizada pelo INSS para atendimento ao segurado, com base nas seguintes questões e subquestões:

**1. O INSS dispõe de instrumentos para garantir celeridade no atendimento ao segurado?**

**2. O INSS dispõe de instrumentos para garantir confiabilidade ao processo de concessão do benefício?**

2.1. Os Laudos Periciais Médicos – LPM possuem os elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado?

2.2. Os pagamentos de benefícios são realizados de forma regular?

2.3. Os controles para a verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento do benefício são efetivos?

**3. O INSS dispõe de estrutura adequada para atendimento aos segurados?**

3.1. As salas de perícia apresentam condições físicas mínimas de trabalho e equipamentos / mobiliários essenciais adequados?

3.2. O número de salas de perícia é adequado ao quantitativo de peritos médicos que atendem regularmente nas APS?

## **Conclusões e Resultados**

A partir dos exames foram evidenciadas fragilidades e inadequações nos mecanismos e instrumentos associados à concessão e manutenção do auxílio-doença, as quais culminaram nas ocorrências relatadas a seguir.

Para que seja possível atender adequadamente o segurado na realização da perícia médica, em conformidade com o agendado, dentre outros aspectos, é imprescindível o cumprimento do horário de forma integral e regular por parte dos PMP/SMP.

Com base nas fiscalizações realizadas em 161 APS e extrapolando para o universo de 1475 APS no país, pode-se inferir, com 95% de nível de confiança, que não comparecimentos ou saídas antecipadas de PMP/SMP sem justificativas aplicáveis homologados pelos gerentes das APS podem ocorrer em pelo menos 250 das APS do país. Um problema ainda mais grave refere-se aos atrasos dos PMP/SMP. Infere-se, com 95% de nível de confiança, que atrasos sistemáticos superiores a uma hora entre o horário agendado para a perícia médica e a entrada do correspondente PMP/SMP na APS ocorrem em pelo menos 380 agências do país.

Assim, no que se refere ao atendimento ao segurado nos horários agendados verificou-se que, mesmo com a implantação do Sistema de Registro Eletrônico de Frequência (SISREF), o INSS necessita aprimorar os instrumentos para garantir o controle regular da jornada de trabalho dos PMP/SMP.



A confiabilidade do processo de concessão de benefícios de auxílio doença, outro aspecto objeto dos trabalhos, foi avaliada por meio de três elementos. A qualidade dos Laudos Periciais Médicos (LPM), a regularidade no pagamento dos benefícios e a formalização do processo físico de requerimento dos benefícios.

Sobre a qualidade dos LPM, constatou-se, sem levar em consideração a Data de Entrada do Requerimento (DER), que 53% da amostra de 9.416 LPM analisados não possuem os elementos mínimos necessários para atestar a incapacidade laboral do segurado, tais como, coerência entre história, exame físico e a caracterização da incapacidade laborativa, ocupação do segurado e data do início da incapacidade. Tal fato expõe o INSS ao risco dos benefícios estarem sendo concedidos para segurados sem incapacidade.

Em relação à regularidade no pagamento dos benefícios, a partir de cruzamento de bases de dados, foram identificados 24.503<sup>3</sup> benefícios com indícios de estarem sendo mantidos irregularmente, por acumulação indevida ou pagamento feito após o registro do óbito do titular, correspondendo a um montante mensal de R\$ 23,4 milhões, e anual de R\$ 302,1 milhões.

Destaque-se, ainda, que os controles do INSS para a verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento do benefício não são efetivos. Com base no resultado das fiscalizações nas APS, infere-se, com 95% de nível de confiança, que, em pelo menos 822 agências, os procedimentos de recepção e verificação da documentação mínima necessária à concessão do benefício auxílio-doença não foram executados conforme determinado nos normativos.

Finalmente, sobre a adequabilidade das instalações físicas das salas de perícia e sobre a existência e condições de uso de equipamentos/mobiliários, é possível inferir, com 95% de nível de confiança, que pelo menos 412 APS não dispõem de condições físicas mínimas de trabalho (divisórias, lavatório e acessibilidade) e, ainda, que pelo menos 636 APS não dispõem de equipamentos e mobiliários minimamente necessários para o atendimento aos segurados (maca, estetoscópio, aparelho de pressão e etc.).

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

Além disso, pela sua importância e considerando os sucessivos atrasos ocorridos; foi acordado

---

3 A quantidade de benefícios com indícios de irregularidades corresponde a 1,1% do total de benefícios de auxílios (doença e reclusão) pagos em dezembro de 2014 (Informativo INSS em números – Dezembro de 2014)

o estabelecimento e monitoramento efetivo do cronograma de implantação do sistema SIBE-BI que substituirá os sistemas hoje utilizados para o reconhecimento de direitos.

## **Benefícios obtidos**

Com o propósito de atuar sobre os elementos causadores das ocorrências descritas e em decorrência das recomendações feitas pela CGU ao Instituto, foram adotadas várias medidas de gestão.

A partir de novembro de 2013, o INSS promoveu a identificação do universo de APS com inadequações e realizou uma série de licitações para contratação de equipamentos e serviços para readequações das APS.

A autarquia elaborou proposta de Programa de Formação em Saúde do Trabalhador, composto de 6 módulos distribuídos em 48 meses e realizou a capacitação dos Peritos Médicos, no período de dezembro de 2013 a março de 2014.

Com o objetivo de minimizar/dirimir dúvidas técnicas e aprimorar a supervisão dos trabalhos de perícia, o INSS publicou, entre novembro de 2013 e junho de 2014, atualizações das diretrizes médicas.

Em novembro de 2014, o INSS institucionalizou a obrigatoriedade de utilização do Sistema de Registro de Atividades Médico-Periciais, contemplando a obrigatoriedade de lançamento no sistema das atividades não agendáveis.

Ainda no mesmo mês, o INSS criou uma ferramenta de gestão para cruzamento do horário de agendamento da primeira perícia, com o registro de entrada no SISREF, do respectivo servidor. A referida ferramenta foi disponibilizada aos Gerentes de Agência, Gerentes Executivos e Superintendentes Regionais, nos respectivos níveis de abrangência.

Por fim, até novembro de 2014, o INSS havia cessado 546 benefícios apontados com indícios de irregularidades, o que equivale a uma economia anual de R\$ 5.138.952,00. Foram recuperados, também, o equivalente a R\$ 202.272,71.

# Sumário

---

I. Introdução.....	12
2. Objetivos e abordagem.....	21
3. Escopo da avaliação.....	23
4. Resultados.....	24
4.1. O INSS dispõe de instrumentos para garantir celeridade no atendimento ao segurado?.....	24
4.2. O INSS dispõe de instrumentos para garantir confiabilidade ao processo de concessão do benefício?.....	27
4.2.1. Os Laudos Periciais Médicos (LPM) possuem os elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado?.....	28
4.2.2. Os pagamentos de benefícios são realizados de forma regular?.....	33
4.2.3. Os controles para a verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento do benefício são efetivos?.....	35
4.3 O INSS dispõe de estrutura adequada para atendimento aos segurados?.....	37
4.3.1 As salas de perícia apresentam condições físicas mínimas de trabalho e equipamentos / mobiliários essenciais adequados?.....	38
4.3.2 O número de salas de perícia é adequado ao quantitativo de peritos médicos que atendem regularmente nas APS?.....	40
5. Conclusão.....	42
Anexo I – Relação de Agências da Previdência Social Fiscalizadas .....	43

# I. Introdução

---

Auxílio-doença é um benefício pago mensalmente ao segurado da Previdência Social caso este fique temporariamente incapacitado para o trabalho, por motivo de doença ou acidente. O Auxílio-doença pode ser Previdenciário (sem relação com o seu trabalho) ou Acidentário (resultante de um acidente de trabalho).

O segurado, quando impedido de trabalhar por motivo de doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos, deve requerer o auxílio-doença. No caso dos trabalhadores com carteira assinada, exceto o doméstico, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador e a Previdência Social paga a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. Para os demais segurados, inclusive o doméstico, a Previdência paga o auxílio desde o início da incapacidade e enquanto a mesma perdurar. Quando o segurado estiver afastado da atividade por mais de 30 dias, o auxílio-doença será devido a contar da data da entrada do requerimento.

Um perito médico do INSS precisa comprovar a incapacidade do segurado para o trabalho. A incapacidade para o trabalho ocorre quando o segurado fica impossibilitado de exercer as funções específicas de sua atividade ou ocupação profissional, em consequência de alteração no organismo provocada por doença ou acidente.

Todos os segurados têm direito ao auxílio-doença previdenciário. O auxílio-doença acidentário é devido somente ao empregado (exceto o doméstico), trabalhador avulso e segurado especial<sup>4</sup>. No entanto, o cidadão que, ao se filiar à Previdência Social, já tiver a condição incapacitante pré-existente, não terá direito a receber o auxílio-doença, exceto quando a incapacidade resultar do agravamento da enfermidade.

Para ter direito aos benefícios previdenciários, o segurado deve contribuir durante um período de 12 meses, denominado período de carência. Caso o segurado deixe de contribuir com a previdência por mais de 1 ano, deverá contribuir por mais um período de 4 meses, para readquirir a qualidade de segurado. Cabe registrar, que esse prazo não é exigido em caso de acidente de qualquer natureza ou de doença profissional ou do trabalho, desde que o acidente ou a doença ocorram após a filiação à Previdência.

Terá também direito ao benefício sem a necessidade de cumprir o prazo mínimo de contribuição, e desde que tenha qualidade de segurado, quando o início da incapacidade e a doença ocorram após a filiação à Previdência Social, o trabalhador acometido de determinadas moléstias graves. É a chamada “Isenção de Carência”.

---

4 Nos termos do art. 11, VII, da Lei nº 8.213/91, segurado especial é a pessoa física residente no imóvel rural ou em aglomerado urbano ou rural próximo a ele que, individualmente ou em regime de economia familiar, ainda que com o auxílio eventual de terceiros, atenda a determinadas condições.

Este benefício esteve vinculado, até o exercício de 2011, às Ações 0136 - Pagamento de Auxílio-Doença Previdenciário, Auxílio-Doença Acidentário e Auxílio-Reclusão - Área Urbana e 001P - Pagamento de Auxílio-Doença Previdenciário, Auxílio-Doença Acidentário e Auxílio-Reclusão - Área Rural, contidas no Programa 0083 – Previdência Social Básica. A partir do Orçamento de 2012, o pagamento do benefício de auxílio-doença passou a ser vinculado às ações 0E81 - Pagamento de Benefícios Previdenciários Urbanos e 0E82 - Pagamento de Benefícios Previdenciários Rurais, afetas ao Programa 2061 – Previdência Social.

No que se refere aos órgãos responsáveis pela gestão dessas Ações, compete à Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) gerenciar e normatizar as atividades de perícia médica de benefícios previdenciários, de reabilitação profissional e de serviço social, desenvolver estudos voltados para o aperfeiçoamento das atividades referentes a estes benefícios, e promover a orientação à sociedade objetivando o reconhecimento do direito à saúde do trabalhador.

Além da DIRSAT, na gestão do auxílio-doença destacam-se as Gerências-Executivas (GEX), às quais compete supervisionar as Agências da Previdência Social (APS) sob sua jurisdição nas atividades de reconhecimento inicial, manutenção, recurso e revisão de direitos ao recebimento de benefícios previdenciários, bem como supervisionar, por meio do Serviço/Seção de Saúde do Trabalhador (SST), a perícia médica.

A prestação dos serviços relacionados ao auxílio-doença é feita por intermédio da rede de atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), constituída por mais de 1.600 unidades descentralizadas, que têm sua estrutura definida pelo Decreto nº 7.556/2011. Estas unidades compreendem:

- a) Agências da Previdência Social (APS): São unidades de atendimento que prestam serviços de orientação, informação, realização de perícia médica, concessão, manutenção, atualização de benefícios e demais serviços oferecidos pela Previdência Social. Além das unidades generalistas, a rede de atendimento conta, também, com agências especializadas em atendimento de demandas judiciais (APS-ADJ) e, ainda, unidades especializadas em benefícios decorrentes de acordos internacionais (APS-AI).
- b) Unidades Móveis Flutuantes – PrevBarcos: São agências instaladas em barcos que percorrem os principais rios da Região Norte, levando atendimento previdenciário aos habitantes de localidades onde o acesso só é possível por meio da navegação fluvial, mediante um cronograma de atendimento preestabelecido.
- c) Unidades de Atendimento PrevCidade: São unidades de atendimento vinculadas a uma APS, que prestam serviços previdenciários, mediante convênio entre governos estaduais e municipais e a Gerência-Executiva, oportunizando o acesso à Previdência em municípios onde não existe agência convencional.

Atualmente a rede de atendimento é composta pelo seguinte quantitativo de unidades:

Tabela 1 – Rede de atendimento do INSS							
Superintendências-Regionais	GEX	APS Fixa	APS-AI	APS-ADJ	PrevTel (Central 135)	Prev Barco	Prev Cidade
5	104	1.475	7	85	3	5	134

Fonte: Informativo INSS em Números (ago/2014)

Para a operacionalização do pagamento de benefícios, o INSS conta com a parceria da rede contratada, representada por aproximadamente 17.790 agências bancárias, 1.267 agências da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) e 457 postos de atendimento em Cooperativas.



Vista da entrada da APS Betim/MG

O fluxo do processo de concessão, pagamento e manutenção do auxílio-doença compreende as seguintes etapas:

### Requerimento

Para solicitar os Benefícios por Incapacidade (auxílio-doença previdenciário ou acidentário) o segurado deve requerê-lo por meio do Teleatendimento, via Central 135, pela internet ([www.inss.gov.br](http://www.inss.gov.br)).



previdencia.gov.br), ou, excepcionalmente, de maneira presencial em uma APS. A partir da requisição são agendados data e horário para o atendimento da perícia médica no Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI). Nesse momento, são importados os dados de vínculos de trabalho e contribuições dos segurados registrados no Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).

A data da ligação para a Central 135 ou a data da solicitação do auxílio-doença é registrada no sistema como sendo a Data de Entrada de Requerimento (DER). O segurado empregado deve preencher a data do último dia trabalhado (DUT), o CNPJ da empresa, e a Classificação Internacional de Doenças (CID). Todas as categorias de segurados devem informar a quantidade de filhos menores de 14 anos. Após o preenchimento dos dados, se houver pendências relacionadas a dados cadastrais ou vínculos e remunerações, o SABI emite um aviso de que o segurado tem pendências cadastrais e deve comparecer à APS com 1 hora de antecedência, na data e horário agendados.

O fluxo de atendimento segue o seguinte padrão: o segurado, ao chegar à APS, é encaminhado ao setor de recepção / triagem e recebe uma senha. É realizada uma triagem inicial para o tratamento de pendências. Se houver pendências cadastrais, o segurado é encaminhado ao atendimento administrativo da APS para regularizá-las antes de ser encaminhado à perícia. Se a pendência for apenas de vínculos e contribuições, a perícia pode ser realizada antes da solução das inconsistências. Para que o segurado realize a perícia ou a regularização cadastral, exige-se um documento de identificação com foto. Nas situações de requerimentos de benefícios em que se verifica o não atendimento dos requisitos supramencionados, o pedido entra “em exigência” (trata-se da busca, por parte do segurado ou do próprio INSS, de elementos comprobatórios para o enquadramento do cidadão como segurado nas hipóteses previstas na legislação).

### **Avaliação Médico-Pericial**

As perícias para a concessão de benefícios de auxílio-doença previdenciário e acidentário são agendadas para cada Perito Médico Previdenciário ou Supervisor Médico Pericial<sup>5</sup> (PMP/SMP) no Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI). As agendas são definidas após a programação das escalas de cada perito no SABI. A Chefia do Serviço de Saúde do Trabalhador na Gerência Executiva (SST/GEX) é responsável pela elaboração da escala médica mensal, com a projeção da oferta de vagas para os próximos três meses. As escalas dos PMP/SMP são disponibilizadas no SABI de acordo com a jornada de trabalho de cada perito e da demanda da APS.

A carreira de PMP/SMP é de 40h semanais, entretanto, existem servidores médicos que têm jornada reduzida, de 20h semanais. A Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que estruturou a carreira de Perito Médico Previdenciário, possibilitou o direito de opção pela jornada de trinta ou quarenta horas semanais. Assim, a jornada de trabalho diária do servidor é de quatro, seis

---

5 Cargo de carreira em extinção no INSS, cujo único concurso ocorreu em 1998 e que foi substituída pela carreira de Perito Médico Previdenciário (PMP), no ano de 2003. Atualmente, ainda se encontram SMP no quadro da Autarquia, sendo que aqueles que optaram pela carreira de perito médico exercem as mesmas atribuições dos PMP.

ou oito horas, devendo o PMP/SMP executar suas atividades no seu local de exercício, exceto nos casos em que a chefia do SST defina a necessidade da execução de ações médicos-periciais em outros locais.

A escala médica deve ser confirmada considerando a jornada de trabalho diária do servidor, de segunda a sexta-feira. O número de horas diárias estabelecidas na escala para realização de perícias deve contemplar a possibilidade de o PMP/SMP exercer outras atividades. Na agenda médica os exames devem ser marcados mantendo intervalo de vinte minutos, sendo vedado o seu bloqueio sem justificativa.

Os quantitativos de perícias médicas a serem agendadas no SABI devem ser de 12 perícias, para carga horária de 20 horas; 15 perícias, para carga horária de 30 horas; e 18 perícias, para carga horária de 40 horas. Em sendo a APS contemplada pela jornada estendida<sup>6</sup>, os quantitativos serão de 12 perícias, para carga horária de 20 horas, e 15 perícias, para carga horária de 30 horas e de 40 horas.

Durante a realização da perícia, o PMP/SMP realiza a anamnese e o exame físico, analisa a documentação médica apresentada (exames complementares, declarações de internação, atestados médicos e outros) e avalia a incapacidade laboral do segurado em relação a sua ocupação, emitindo, assim, um parecer conclusivo por meio do SABI. No sistema, é registrado o Laudo Pericial Médico (LPM) com os seguintes itens:

- Justificativa;
- Data de Início da Incapacidade (DII);
- Data do Início da Doença (DID);
- Classificação Internacional de Doenças (CID);
- Decisão Médico-Pericial com solicitação de revisão em 02 anos, com encaminhamento para a Reabilitação Profissional (RP) ou, então, de benefício com o Limite Indefinido (LI-Aposentadoria por invalidez).

Além do documento de identificação, o segurado deve levar o atestado emitido pelo seu médico, exames complementares (laboratoriais ou de imagem), Atestado de Internação Hospitalar (AIH), e no caso de segurado empregado, requerimento de benefício por incapacidade preenchido pela empresa que emitiu a carta de solicitação de perícia médica. Tais documentos auxiliam a avaliação pericial e minimizam a necessidade de que o PMP/SMP requeira uma Solicitação de Informações ao Médico Assistente (SIMA), o que colocaria a perícia em pendência, impedindo a decisão do perito médico, uma vez que o parecer sobre o caso não teria sido conclusivo.

---

<sup>6</sup> A jornada estendida é aquela na qual agências, com as condições exigidas pela Autarquia em resolução específica, trabalham em turnos ininterruptos de atendimento – das 8 às 18:00 h ou das 7 às 17:00 h – sendo que tanto os PMP/SMP quanto os servidores administrativos trabalham em turnos ininterruptos de 6 (seis) horas diárias, divididos entre período da manhã e da tarde.



## **Supervisão dos LPM (Laudos Periciais Médicos)**

Os instrumentos de supervisão são exercidos de forma direta pela chefia do SST ou por um PMP/SMP de forma delegada pela própria chefia. As atribuições exercidas por PMP/SMP de forma delegada pela chefia de SST compreendem as atividades de supervisão técnica e de controle operacional.

A principal atribuição do supervisor técnico é analisar por amostragem, os laudos médicos-periciais, utilizando o Formulário de Análise de Qualidade Técnica do Laudo Médico Pericial (Qualitec). O Supervisor Técnico deverá avaliar no mínimo 16 laudos médicos periciais de cada perito, selecionados de forma aleatória, com avaliação no máximo a cada seis meses, analisando e consolidando todos os dados do Qualitec<sup>7</sup>.

O objetivo do Controle Operacional é uniformizar e padronizar condutas e entendimentos. As atividades de Controle Operacional permitem submeter determinadas atribuições do PMP/SPM à análise de outro profissional.

Com relação ao médico responsável pelo Controle Operacional, também denominado de CO médico, trata-se de um PMP/SMP que recebe uma senha para acessar o módulo de Controle Operacional do sistema SABI que permite a homologação dos seguintes requerimentos:

- Limites Indefinidos (LI);
- Majoração de 25% (vinte e cinco por cento) às aposentadorias por invalidez;
- Enquadramento de auxílio-acidente;
- Laudos de aposentadoria especial
- Enquadramento por exposição a agentes nocivos;
- Transformação de espécie de benefícios;
- Pensão para dependente maior inválido;
- Retroação de Data do Início da Incapacidade (DII);

Os demais instrumentos de supervisão são de responsabilidade direta da chefia do SST. Fazem parte desses instrumentos as reuniões técnicas mensais com os supervisores técnicos e os PMP/ SMP responsáveis pela atividade de controle operacional. O objetivo da reunião é atualizar atos normativos e avaliar o Plano de Ação Anual nos aspectos relacionados à perícia médica.

São também instrumentos de supervisão da chefia do SST, as reuniões técnicas trimestrais com

---

<sup>7</sup> São também atribuições do supervisor técnico uniformizar tecnicamente a área de perícia médica, entre os servidores sob sua supervisão: realizar a supervisão da qualidade do trabalho dos peritos médicos; realizar cronologicamente as homologações das sugestões dos peritos da sua área de abrangência; participar periodicamente de exames médicos-periciais, avaliando a desenvoltura dos peritos nos aspectos periciais, do conhecimento específico e aplicação dos instrumentos normativos; repassar, sempre conforme a orientação da chefia do SST, os atos legais e normativos para manter os peritos atualizados; reforçar a importância da presença dos peritos nas reuniões técnicas e fazer com que haja maior participação dos mesmos na sua elaboração.

todos os PMP/SMP lotados na Gerência. As reuniões são úteis para uniformização de condutas entre os peritos médicos. A agenda das reuniões deve ser elaborada anualmente e divulgada com antecedência, tendo em vista a necessidade do bloqueio das agendas médicas, deslocamento de servidores, reserva de sala, entre outras providências. A pauta das reuniões deve ser preferencialmente sobre dúvidas nos protocolos médicos e inconsistências verificadas nos laudos médico-periciais.

O último instrumento de supervisão de atribuição direta da chefia do SST é a análise dos pareceres das atividades de controle operacional. A chefia do SST deve analisar por amostragem a consistência dos pareceres dos PMP/SMP responsáveis pelo controle operacional.

### **Concessão**

O SABI, diante do parecer médico em caso de incapacidade, como já houve o cruzamento de vínculos e contribuições a partir do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), realiza o reconhecimento do direito e emite uma Comunicação do Resultado do Requerimento (CRER), deferindo o benefício. Em caso de indeferimento, a CRER também será o meio de notificação do segurado. No caso do segurado empregado, a CRER será impressa e entregue ao segurado no mesmo dia. Se o segurado pertencer a qualquer das outras categorias, a CRER será enviada com Aviso de Recebimento (AR) para o endereço cadastrado, em até 15 dias. A CRER informa o Número do Benefício (NB) mesmo em caso de indeferimento. Se houver outro tipo de pendência, o segurado (qualquer que seja a sua categoria) deverá receber correspondência com AR, dentro do período supracitado.

### **Homologação**

Esse procedimento ocorre em situações específicas, tais como:

- Sugestão de aposentadoria por invalidez;
- Data de Cessação do Benefício superior a 1 ano;
- Revisão obrigatória do benefício em 2 anos;
- Encaminhamento para a Reabilitação Profissional;
- Sugestão de majoração da aposentadoria por invalidez em 25% do valor do benefício.

Nessas situações, dentre outras, o benefício não será reconhecido automaticamente pelo SABI. O benefício deverá ser homologado posteriormente pelo responsável pelo Controle Operacional médico (CO médico), ou seja, por outro PMP/SMP, configurando-se, assim, a segregação de funções. Outra situação de homologação ocorre no caso de benefícios pendentes de regularização cadastral ou de vínculos. Os mesmos devem ser homologados por um servidor do CO administrativo, sistematicamente, no caso de críticas do sistema.

## Processamento

É a migração automática do benefício concedido pelo SABI para o acervo / universo de benefícios mantidos no Sistema Único de Benefícios (SUB). Em seguida, o INSS, por meio da Dataprev, encaminha uma carta ao segurado contendo informações sobre o benefício (órgão pagador, banco, n.º do benefício, valor), comunicando a data de concessão do benefício e a data a partir da qual o crédito estará disponível. Mesmo que a carta não esteja em poder do segurado, o benefício concedido encontra-se armazenado no sistema, permitindo que o segurado, de posse do número de seu benefício, receba o valor devido. A legislação estipula que o primeiro pagamento do benefício deve ser realizado em até 45 dias. O pagamento efetuado com atraso, independentemente de ocorrência de mora e de quem lhe deu causa, deve ser corrigido monetariamente desde o momento em que restou devido, pelo mesmo índice utilizado para os reajustamentos dos benefícios do RGPS, apurado no período compreendido entre o mês que deveria ter sido pago e o mês do efetivo pagamento.

## Manutenção

A manutenção inicia-se com o benefício processado em sistema para pagamento. Em casos de morte do titular ou de seus dependentes, de constatação de irregularidade na concessão do benefício, término da condição de invalidez, retorno à atividade ou concessão de outra aposentadoria não acumulável, o benefício será cessado / extinto. Para a elaboração da Maciça<sup>8</sup>, o setor de Manutenção do INSS realiza mensalmente a validação dos créditos, onde são verificados os pagamentos que apresentaram erro de cálculo, erro de cadastros ou que não tenham sido concluídos. O funcionamento adequado das críticas do SABI permite a efetividade dos pagamentos e a confiabilidade dos dados cadastrais / pessoais do titular do benefício, do representante legal e da situação dos benefícios junto à Dataprev.

## Pagamento

Os agentes responsáveis pelo pagamento são a rede bancária e a Empresa de Correios e Telégrafos (ECT). O sistema adotado pelo INSS contempla as modalidades de pagamento por cartão magnético (disponibilizado pela rede bancária), cupom de pagamento e conta corrente. Em situações excepcionais poderá ocorrer a necessidade de emissão de crédito fora do processamento mensal que é nominado de Pagamento Alternativo de Benefícios (PAB). O pagamento através do PAB é utilizado quando há resíduos em favor do segurado ou benefícios interrompidos. O controle dos créditos e pagamentos pela rede bancária se dá via sistema, quando o segurado saca o pagamento por meio de cartão magnético ou de PAB. Caso este não seja retirado no prazo de 60 dias, o banco devolve o crédito ao INSS. Quanto aos pagamentos realizados por meio magnético, o banco encaminha ao INSS, mensalmente, relatório discriminado por agência, contendo os créditos com prazo de validade vencido e não sacados. A Dataprev deve providenciar a suspensão dos créditos dos benefícios cujos recebedores não

---

8 Base de dados para pagamento, contendo valores, beneficiários, agências para o pagamento e outros dados, emitida pela Dataprev entre os dias 13 e 15 de cada mês e encaminhada pela internet às sedes das instituições bancárias conveniadas.

sacaram os pagamentos dentro do prazo de validade, informando a suspensão ao órgão mantenedor. Os pagamentos realizados pela ECT são feitos por meio de cupom de pagamento disponibilizado ao segurado na agência dos Correios. O controle desses pagamentos também se dá por intermédio de sistema informatizado, diretamente entre o INSS e a ECT.

## Revisão

A revisão do benefício acontece quando há necessidade de rever os dados da concessão e/ou de reajustamento – determinado por processo administrativo, quando estabelecida por lei, em caso de denúncias, resultante de auditoria ou por determinação judicial.

## Recursos administrativos

O segurado pode solicitar um Pedido de Prorrogação (PP) quando o tempo estimado pela perícia médica para a recuperação da capacidade laborativa não for suficiente. Além disso, quando não concorda com a decisão médico-pericial do seu pedido de benefício pode solicitar um Pedido de Reconsideração (PR). No caso de receber novo indeferimento à sua solicitação de benefício, o segurado pode interpor recurso, em qualquer APS, ao Conselho Nacional de Recursos da Previdência Social/CNRP.

O segurado da Previdência Social em gozo de auxílio-doença está obrigado, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico pericial a cargo da Previdência Social e a processo de reabilitação profissional prescrito e custeado por esta, quando cabível. Caso o segurado em gozo desse auxílio for insuscetível de recuperação para sua atividade habitual, deve submeter-se a processo de reabilitação profissional para exercício em outra atividade, continuando a receber o benefício até estar habilitado ao desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou ser aposentado por invalidez, quando considerado irrecuperável.

O valor pago pelo INSS em auxílio-doença nos anos 2011 a 2014 é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Valor das despesas com pagamento do auxílio-doença (2011 a 2014)				
Tipo	2011 (R\$)	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)
Auxílio-doença previdenciário	13.470.156.000	14.877.501.000	17.039.308.000	14.367.345.775
Auxílio-doença acidentário	2.115.208.000	2.199.955.000	2.379.628.000	6.608.858.624
<b>Total</b>	<b>15.585.366.011</b>	<b>17.077.458.012</b>	<b>19.418.938.013</b>	<b>20.976.206.414</b>

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (2011 a 2013) e Informativo INSS em número (2014)

## 2. Objetivos e abordagem

Dentre as diversas ações governamentais de responsabilidade do INSS, as ações 0136 – Auxílio-Doença Previdenciário, Acidentário e Auxílio-Reclusão – Área Urbana e 001P - Auxílio-Doença Previdenciário, Acidentário e Auxílio-Reclusão – Área Rural foram selecionadas para ser objeto de avaliação em função de sua relevância social e criticidade.

No que se refere ao aspecto da relevância, ainda que os gastos com o pagamento dos benefícios de auxílio-doença representem apenas 5,7% das despesas totais com benefícios<sup>9</sup>, os requerimentos de auxílio-doença correspondem a quase metade do total de todos os requerimentos feitos ao INSS. A Tabela 3 demonstra a evolução dos quantitativos de requerimentos de benefícios feitos ao INSS no período de 2011 a 2014. Em 2014, 47,2% de todos os requerimentos de benefícios apresentados no ano ao INSS foram de auxílio-doença.

Tabela 3 – Requerimentos de benefícios								
Tipo	2011 (R\$)		2012 (R\$)		2013 (R\$)		2014 (R\$)	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
Auxílio-doença	3.965.891	49,3%	4.047.400	48,0%	3.989.393	45,8%	4.073.164	47,2%
Aposentadoria	2.086.279	25,9%	2.277.812	27,0%	2.501.802	28,8%	2.378.479	27,5%
Salário maternidade	726.502	9,0%	792.131	9,4%	817.416	9,4%	803.966	9,3%
Demais benefícios	1.267.480	15,8%	1.307.905	15,5%	1.393.178	16,0%	1.370.359	15,8%
<b>Total</b>	<b>8.046.152</b>	<b>100,0%</b>	<b>8.425.248</b>	<b>99,9%</b>	<b>8.701.789</b>	<b>100,0%</b>	<b>5.621.984</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Informativos INSS em Números

Já sob o aspecto da criticidade, o auxílio-doença foi priorizado em função das denúncias referentes à atuação da perícia médica do INSS recebidas pela CGU, detalhadas na tabela a seguir.

Tabela 4 – Denúncias recebidas pela CGU	
TIPO DA DENÚNCIA	QUANTIDADE
Descumprimento de carga horária	16
Concessão indevida de benefícios	7
Acumulação ilícita de cargos públicos	4
Baixa qualidade dos Laudos Periciais Médicos	1
Outros	1
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>

<sup>9</sup> No mês de dezembro de 2014, foram pagos pelo INSS o montante de R\$ 29,8 bilhões em benefícios (previdenciários e assistenciais). Desse valor, R\$ 1,7 bilhões referem-se a benefícios de auxílio doença (5,7%). Informativo INSS em números – Dezembro de 2014

A estratégia idealizada para avaliar a atuação do INSS na gestão do programa foi segmentada em três etapas:

**I - Fiscalizações nas Agências da Previdência Social – APS**, destinadas a avaliar: a adequação da infraestrutura física das salas de perícia médica; a adequação e a condição de equipamentos e de mobiliário considerados essenciais para a realização da perícia médica; o cumprimento da carga horária pelos peritos médicos e a existência de controles sobre o cumprimento efetivo da agenda SABI e das atividades complementares à agenda SABI.

**II - Cruzamentos de Bancos de Dados**, com o propósito de avaliar a fidedignidade dos registros existentes nos sistemas corporativos do INSS e, por conseguinte, a regularidade dos pagamentos dos benefícios de auxílio-doença. Trata-se da aplicação da técnica de análise de dados, por meio da realização de cruzamentos dos dados existentes na folha de pagamentos do INSS com outros sistemas corporativos e operacionais da Administração Pública, tais como o Sistema de Óbitos do INSS (SISOBI) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS).

**III – Avaliação da qualidade dos Laudos Periciais Médicos (LPM)**, com o objetivo de verificar se o mesmo dispõe de elementos mínimos que permitam atestar a incapacidade laboral do segurado que teve o benefício inicial requerido concedido.

As ações de controle nas APS foram realizadas in loco de forma compartilhada com a Auditoria-Geral do INSS (AUDGER). A AUDGER também foi responsável pela análise dos laudos médicos periciais. Nesse caso específico, como se tratou de uma amostra de LPM aleatória, os achados foram analisados de acordo com a Gerência Executiva/GEX de origem dos laudos.

Dessa forma, a execução do auxílio-doença está sendo avaliada com base em questões e sub-questões estratégicas desenvolvidas para cada etapa do acompanhamento, conforme a seguir:

**1. O INSS dispõe de instrumentos para garantir celeridade no atendimento ao segurado?**

**2. O INSS dispõe de instrumentos para garantir confiabilidade ao processo de concessão do benefício?**

2.1. Os Laudos Periciais Médicos – LPM possuem os elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado?

2.2. Os pagamentos de benefícios são realizados de forma regular?

2.3. Os controles para a verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento do benefício são efetivos?

### 3. O INSS dispõe de estrutura adequada para atendimento aos segurados?

3.1. As salas de perícia apresentam condições físicas mínimas de trabalho e equipamentos / mobiliários essenciais adequados?

3.2. O número de salas de perícia é adequado ao quantitativo de peritos médicos que atendem regularmente nas APS?

## 3. Escopo da avaliação

O presente relatório apresenta os resultados referentes à etapa de fiscalizações nas APS, do cruzamento de base de dados e da avaliação dos LPM.

No período de agosto de 2012 a agosto de 2014 foram fiscalizadas 161 APS, ou 11,25% de um universo de 1.475. As Agências foram selecionadas aleatoriamente, contemplando, de forma estratificada, todas as unidades da federação, conforme Tabela 5 a seguir:

Tabela 5 – APS fiscalizadas por UF					
UF	QTD	UF	QTD	UF	QTD
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 AUDGER 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, divididos por GEX.

Em relação aos cruzamentos de bases de dados, foram utilizados dados da Maciça, do SISOBI e do SIM. No cruzamento das bases, foram utilizadas as competências dos meses de fevereiro e setembro de 2012.

## 4. Resultados

---

A partir dos exames realizados, obteve-se um conjunto de constatações que foram previamente submetidas e discutidas com os gestores responsáveis pela execução da Ação de Governo.

Para cada uma das constatações, foram acordadas recomendações de caráter estruturante, com vistas ao aperfeiçoamento dos controles internos, para as quais o gestor federal apresentou as providências que seriam adotadas, fixando, inclusive, prazo para implementação.

Cada uma das recomendações é monitorada pela CGU, de acordo com o cronograma para implementação estabelecido em acordo com o gestor, no sentido de certificar a sua implementação.

A seguir, apresentam-se registros dos resultados para cada uma das questões e subquestões estratégicas objeto de avaliação.

### 4.1. O INSS dispõe de instrumentos para garantir celeridade no atendimento ao segurado?

---

Nessa questão, a celeridade no atendimento ao segurado é avaliada sob duas perspectivas. A primeira perspectiva relaciona-se ao tempo que o segurado aguarda entre o agendamento inicial e a perícia médica. A segunda perspectiva refere-se ao tempo de espera na própria APS para o atendimento do segurado.

O primeiro problema para o segurado ao requerer um benefício de auxílio-doença ao INSS é a morosidade para o atendimento após o agendamento. A realidade com a qual se depara o segurado ao requerer um benefício é de espera, em média, de 38 dias para o atendimento médico pericial<sup>10</sup>. O tempo está distante do valor de excelência definido pelo próprio INSS, que é de cinco dias de espera, e até mesmo do valor exequível no curto prazo, que é de 23 dias de espera<sup>11</sup>.

O segundo problema é o tempo que o segurado aguarda na APS até ser atendido pelo PMP/SMP. O segurado espera, em média, 39 minutos até o atendimento<sup>12</sup>. O tempo é mais elevado do que a espera para atendimento para os benefícios de aposentadoria e salário maternidade, os outros dois benefícios mais requeridos pelos segurados, 25 e 23 minutos respectivamente.

Além dos transtornos causados aos segurados, o elevado tempo para atendimento (primeira perspectiva) tem ocasionado o ajuizamento de diversas ações civis públicas por parte do Mi-

---

10 TMEA –PM de dezembro de 2014 (INSS em números – dezembro/2014)

11 Valor pactuado com as Superintendências para 2014

12 TME-PM de dezembro de 2014 (INSS em números – dezembro/2014)



nistério Público (MP). As decisões do judiciário garantem a concessão provisória do benefício para determinada região sem a necessidade de atestar a incapacidade, caso o tempo médio de espera para atendimento médico pericial exceda determinado tempo<sup>13</sup>. O impacto decorrente das ações ajuizadas pelo MP é considerável, dado que em média 30%<sup>14</sup> das perícias médicas realizadas pelo INSS são contrárias à concessão do benefício.

O objetivo desta questão é avaliar os gargalos que poderiam comprometer a celeridade no atendimento aos segurados nas duas perspectivas. Neste relatório, apenas a dimensão da espera na APS é avaliada. Ao longo do ano de 2015 serão realizadas auditorias nas Gerências Executivas do INSS para permitir a avaliação da outra dimensão, o tempo de espera para atendimento agendado.

### **Controle da carga horária dos PMP/SMP**

Para que seja possível atender o segurado no horário agendado é imprescindível o cumprimento do horário de forma integral e regular por parte dos PMP/SMP. A responsabilidade pelo controle das atividades dos peritos é do Gerente da agência na qual ele está lotado.

A ferramenta utilizada para o controle do cumprimento do horário dos PMP/SMP nas APS é o Sistema de Registro Eletrônico de Frequência (SISREF). Por meio desta ferramenta, o gerente homologa os comparecimentos, ausências justificadas e ausências sem justificativa, por intermédio da aposição de códigos.

De acordo com a Tabela 6, em 24% das 146 APS fiscalizadas que possuíam PMP/SMP lotados<sup>15</sup> foram identificados não comparecimentos ou saídas antecipadas de peritos sem justificativas aplicáveis e homologadas pelos gerentes das APS. Extrapolando para o universo de 1.475 APS no país, podemos inferir, com 95% de nível de confiança, que o mesmo pode ocorrer em pelo menos 250 das APS do país, visto que, conforme abaixo na Tabela 6, está sendo utilizado o intervalo inferior da inferência.

Outro problema identificado refere-se aos atrasos dos PMP/SMP. Em 34 % das 146 APS fiscalizadas que dispunham de PMP/SMP no seu quadro, foram evidenciados atrasos sistemáticos, superiores a uma hora, entre o horário agendado para a perícia médica e a entrada do correspondente perito médico na APS. Extrapolando para o universo de 1.475 APS no país, podemos inferir, com 95% de nível de confiança, que o mesmo ocorre em pelo menos 380 das APS do país.

---

13 Até dezembro de 2014 existiam cinco ações civis públicas em vigor determinando a concessão provisória de benefícios para três estados e duas Gerências Executivas - Informações do sítio (<http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/145>)

14 Até dezembro de 2014, o resultado de 28,71% das perícias médicas realizadas em 2014 foi contrário ao requerimento do segurado (INSS em números – dezembro/2014)

15 Em 15 das 161 APS fiscalizadas não havia PMP/SMP lotado. Os mesmos eram lotados nas GEX, pois a quantidade de perícias agendadas não justificava a lotação de um PMP/SMP exclusivo na APS.

Tabela 6 - Inferências Controle de Horário dos PMP/SMP			
	Intervalo inferior	Média	Intervalo superior
% de APS com atrasos sistemáticos superiores a uma hora	26%	34%	41%
Qtde. de APS com atrasos sistemáticos superiores a uma hora	380	495	609
% de APS com não comparecimentos ou saídas antecipadas	17%	24%	31%
Qtde. de APS com não comparecimentos ou saídas antecipadas	250	353	456

Ante o exposto, mesmo com a criação do SISREF, constatou-se que o INSS necessita aprimorar os instrumentos para garantir o controle regular da jornada de trabalho dos PMP/SMP. Dessa forma, foram feitas as seguintes **recomendações**:

- Implementar instrumentos de controle visando garantir o adequado registro de frequência no SISREF;
- Implementar instrumentos de controle visando avaliar o cumprimento efetivo da agenda de perícias médicas, contemplando inclusive a disponibilização de informações gerenciais a partir de aplicativos informatizados;
- Implementar instrumentos de controle visando ao registro e acompanhamento das atividades complementares à agenda de perícias médicas, como, por exemplo, a concessão de pensão para dependente maior inválido, contemplando, inclusive, a disponibilização de informações gerenciais a partir de aplicativos informatizados.

Por fim, **recomendou-se** avaliar a viabilidade da institucionalização do Sistema de Controle de Atividades Médico-Periciais<sup>16</sup> (SisCamp) como ferramenta de controle das atividades complementares dos peritos médicos.

Com a finalidade de aprimorar o controle de frequência, o INSS criou, em julho de 2014, uma ferramenta de gestão para cruzamento do horário de agendamento da primeira perícia, com o registro de entrada no SISREF do respectivo servidor, e que foi disponibilizada aos Gerentes de Agência, Gerentes Executivos e Superintendentes Regionais, nos respectivos níveis de abrangência.

Em novembro de 2014, O INSS instituiu, também, o Sistema de Registro de Atividades Médico-Periciais como ferramenta de controle das atividades complementares dos PMP/SMP.

No tocante ao registro dessas atividades complementares ou extra agenda, a institucionalização de um sistema informatizado para o controle dessas atividades, que pudesse gerar relatórios gerenciais a partir das agendas dos PMP/SMP, o Sistema de Registro de Atividades Médico-Periciais, atendeu a recomendação da CGU, haja vista que esse controle era ocasional, não obrigatório e precário, realizado em forma de planilhas de Excel ou folhas de papel, jogadas fora conforme o PMP/SMP realizava as atividades elencadas.

<sup>16</sup> Sistema desenvolvido pela Gerência Executiva de Santos para controle das atividades extra agenda dos PMP/SMP.

Em relação à implantação de um controle mais efetivo visando a garantir o adequado registro de frequência por parte dos PMP/SMP, junto ao SISREF, a CGU entende que o processo de supervisão dos gerentes de APS sobre o citado sistema vai aumentar conforme ocorra o fortalecimento da gestão devido ao planejamento e monitoramento conjuntos realizados com as Gerências Executivas, Superintendências e Presidência do INSS, bem como com os resultados da atuação da Auditoria Interna e dos Órgãos de Controle interno e externo acerca desse tópico. Cumpre ressaltar que o INSS é um dos poucos órgãos que implantou um sistema eletrônico de frequência para médicos, o que se configura em uma boa prática de gestão diante de uma miríade de empregadores públicos de médicos no Brasil que não possuem qualquer controle institucionalizado e informatizado de cumprimento de carga horária para essa categoria profissional.

No tocante à implementação de instrumentos de avaliação do cumprimento efetivo da agenda de perícias médicas, contemplando inclusive a disponibilização de informações gerenciais a partir de aplicativos informatizados, a CGU entende que o sistema SABI, por si só, é insuficiente para tal avaliação, sendo necessária a implantação do SIBE<sup>17</sup>. O SIBE, atualmente, encontra-se disponível para uso apenas nas perícias do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS)<sup>18</sup>.

Além do exposto, o INSS criou Grupo de Trabalho (GT), em setembro de 2014, para realizar estudos de viabilidade relativos à identificação biométrica de segurados e servidores, cujos resultados, conclusões e proposições encontram-se em análise pela presidência do INSS.

O SIBE será implantado como um portal, juntamente com o CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais). As especificações para a versão de julho de 2014 do Portal CNIS/SIBE ocorreram no período de 09/06/2014 até 04/07/2014. Outra versão do Portal foi homologada em novembro de 2014. A implantação definitiva do sistema continua sendo monitorada pela CGU.

Ainda, na nova versão do Manual da Seção/Serviço de Saúde do Trabalhador/SST, de outubro de 2014, reiterou-se a responsabilidade dos Supervisores Técnicos acerca do controle das agendas médicas eletrônicas, de modo que este profissional auxilie o Chefe do SST e o gerente da APS na otimização das vagas disponíveis, tempestivamente, facilitando o agendamento dos segurados.

## **4.2. O INSS dispõe de instrumentos para garantir confiabilidade ao processo de concessão do benefício?**

A confiabilidade do processo de concessão de benefícios de auxílio doença foi avaliada por meio de três itens. A qualidade dos Laudos Periciais Médicos (LPM), a regularidade no pagamento dos benefícios e a formalização do processo físico de requerimento dos benefícios.

---

17 O SIBE corresponde ao sistema que vai integrar a gestão de todos os benefícios do INSS

18 O BPC/LOAS é um benefício pago a idosos com mais de 65 anos e deficientes nas condições determinadas por legislação específica.

O LPM documenta o resultado da perícia médica e é o instrumento ideal para mensurar os riscos de os benefícios estarem sendo concedidos para segurados sem incapacidade. Quanto melhor documentado for o laudo, menor o risco associado ao processo de concessão do benefício.

O segundo item analisado, o pagamento dos benefícios, permite verificar a confiabilidade do processo de concessão. Neste aspecto, foi avaliada a ocorrência de acumulações indevidas de benefícios do INSS e de pagamento de benefícios para os quais há registro de óbito do titular.

O último item avaliado relaciona-se com a efetividade dos controles para verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento dos benefícios. A inexistência do processo físico formalmente documentado denota fragilidade na análise da documentação apresentada pelo segurado e expõe o INSS ao risco em caso de contestação da decisão pelo segurado.

Os três itens foram avaliados nas três subquestões a seguir. Foram analisados, também, os impactos decorrentes de falhas nos itens apresentados e as causas das falhas apontadas.

#### ***4.2.1. Os Laudos Periciais Médicos (LPM) possuem os elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado?***

O ato médico pericial e o preenchimento do LPM são regidos por normas técnicas e de ética, e são os fundamentos básicos da avaliação médico pericial para o reconhecimento do direito inicial ao benefício por incapacidade. É atribuição do PMP/SMP do INSS avaliar se o segurado encontra-se incapaz ou não para sua atividade laboral, considerando, para isso, o que é descrito pelo segurado, o exame clínico realizado, a análise de documentos médicos apresentados (laudo do médico assistente, exames complementares realizados, comprovantes de internação hospitalar, entre outros) e análise profissiográfica com o devido enquadramento na legislação previdenciária em vigor.

Os dados obtidos no exame médico-pericial devem ser registrados no LPM, que é a peça médico-legal básica do processo de concessão. É preciso registrar no LPM, com clareza e exatidão, todos os dados fundamentais e os pormenores importantes do exame realizado.

A avaliação, que esteve a cargo dos peritos médicos lotados na Auditoria-Geral do INSS (AUDIGER), objetivou verificar se o LPM dispõe de elementos mínimos que permitam atestar a incapacidade laboral do segurado que teve o benefício inicial requerido concedido, através da análise dos cinco quesitos mencionados, detalhados a seguir.

##### **Condição I: A ocupação do segurado está definida no corpo do laudo?**

A importância dessa condição, segundo o Manual de Perícia Médica, advém do fato de que a incapacidade laboral só pode ser atestada mediante o cotejamento da doença que acometeu o segurado e a ocupação deste.

## **Condição 2: A Data de Início da Doença (DID) está fundamentada no corpo do laudo?**

A DID é a data em que o segurado apresentou os primeiros sinais e sintomas da patologia, mediante registro médico consubstanciado. Segundo a legislação em vigor, não é devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão. Assim, é imprescindível acurácia e clareza da descrição, no corpo do LPM, dos motivos que levaram o PMP a definir certa data como início da doença.

## **Condição 3: A Data de Início da Incapacidade (DII) está fundamentada no corpo do laudo?**

A DII é a data em que o segurado se tornou incapaz para o trabalho em relação à sua ocupação, conforme citação de documentação comprobatória. A importância da definição da DII é relevante, uma vez que nesta data se fará o reconhecimento do direito para os benefícios por incapacidade. Em várias situações, principalmente nas doenças crônicas e congênitas, a DID e a DII não são simultâneas, e o cidadão deve ter a qualidade de segurado e ter cumprido a carência quando se tornou incapaz, salvo a exceção nas doenças que isentam de carência.

## **Condição 4: A isenção de carência foi adequadamente estabelecida?**

A isenção de carência para a concessão de auxílio-doença diz respeito à ausência de necessidade de contribuição previdenciária por no mínimo 12 meses pelo segurado, quando portador das doenças ou afecções listadas no artigo 1º da Portaria Interministerial MPAS/MS nº 2.998, de 23 agosto de 2001, e nas situações contempladas no Art. 26, item 2, da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, se estas forem adquiridas após a filiação à Previdência Social. Dessa forma, no caso do cidadão ser portador das seguintes doenças ou afecções: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, doença de Paget em estágio avançado (osteíte deformante), síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), contaminação por radiação (comprovada em laudo médico) ou hepatopatia grave, adquiridas após a filiação à Previdência Social, o cidadão terá direito à percepção do benefício, ainda que não detenha o cumprimento de carência.

## **Condição 5: Há coerência entre história/exame físico e a caracterização da incapacidade laborativa?**

É importante que haja coerência entre a história clínica relatada pelo segurado (anamnese), os exames complementares trazidos por este, o exame físico realizado pelo PMP/SMP e a correlação entre o que foi constatado no exame e a decretação da incapacidade no momento da perícia, sempre a relacionando com a ocupação do segurado.

Os exames foram realizados em uma amostra de 9.416 laudos, selecionados de forma aleatória de um universo de 826.183 laudos médico-periciais referentes a benefícios pagos na Maciça (folha de pagamento do INSS) de agosto de 2012. Os laudos foram examinados por PMP/SMP da AUDGER no período de agosto de 2012 até agosto de 2013.

De acordo com a Tabela 7, os resultados apontaram que 53% dos laudos médicos analisados possuíam inadequação em pelo menos uma das condições consideradas minimamente necessárias para atestar a incapacidade laborativa do segurado, revelando deficiências no processo de elaboração dos mesmos.

Tabela 7 – Amostra de LPM		
Descrição	Qtd. LPM	%
<b>LPM Analisados (Amostra)</b>	<b>9.416</b>	<b>100,00</b>
LPM. Condição 1 não Satisfeita	837	8,89
LPM. Condição 2 não Satisfeita	3.167	33,63
LPM. Condição 3 não Satisfeita	2.906	30,86
LPM. Condição 4 não Satisfeita	557	5,92
LPM. Condição 5 não Satisfeita	1.242	13,19
<b>LPM. com pelo menos uma condição não satisfeita</b>	<b>5.031</b>	<b>53,43</b>

Ademais, a distribuição por faixas percentuais de laudos com pelo menos uma condição não satisfeita está representada na tabela a seguir.

Tabela 8 – Quantidade de GEX com LPM com inadequação em pelo menos uma condição – Percentual de LPM	
Quantidade de GEX	Percentual de LPM com pelo menos uma condição não satisfeita
4	00% - 20 % DOS LAUDOS
18	20% - 40% DOS LAUDOS
44	40% - 60% DOS LAUDOS
31	60% - 80% DOS LAUDOS
3	80% - 100% DOS LAUDOS
<b>100</b>	<b>TOTAL</b>

Assim, segundo a Tabela 8, considerando-se apenas o maior quantitativo de gerências executivas, verificou-se que dentre as 100 GEX cujos LPM foram analisados, 44 apresentaram entre 40% a 60% de laudos analisados inadequados, faltando pelo menos uma das condições suficientes e necessárias para a regularidade da concessão de benefícios por incapacidade.

Com os maiores percentuais de laudos com inadequação em ao menos uma das condições analisadas, as GEX Porto Velho, Chapecó e Osasco apresentaram índices individuais da ordem de 85,4%, 80,8% e 80,6%, respectivamente.

Por outro lado, as GEX Recife, Maceió, Divinópolis e Petrolina apresentaram percentual individual abaixo de 20%, cuja avaliação dos respectivos laudos apontou inadequação em pelo menos uma dessas condições da ordem de 19,1%, 18,0%, 16,1% e 12,6%, respectivamente.

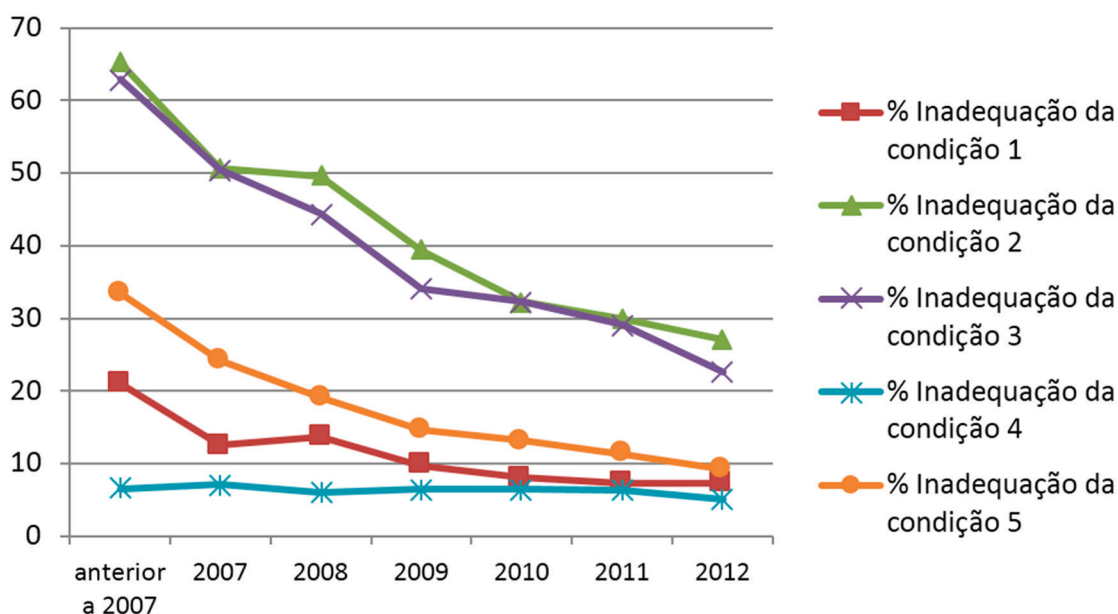
Importante destacar que, em que pese a verificação da inadequação na maioria dos laudos analisados, a situação revelada tem apresentado tendência de queda, comparando-se a Data de Entrada do Requerimento (DER), data-base para o pagamento do benefício, com as condições verificadas. Com efeito, compulsando os benefícios cujos laudos iniciais foram avaliados, a partir de sua DER, obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 9: Percentuais de inadequação dos critérios analisados - Por DER					
Ano da DER do benefício	% Inadequação da condição 1	% Inadequação da condição 2	% Inadequação da condição 3	% Inadequação da condição 4	% Inadequação da condição 5
anterior a 2007	20,96	65,19	62,88	6,57	33,39
2007	12,53	50,68	50,41	7,08	24,25
2008	13,74	49,55	44,37	6,08	19,14
2009	9,73	39,34	34,05	6,44	14,59
2010	8,07	32,26	32,26	6,42	13,18
2011	7,29	30,00	29,10	6,30	11,34
2012	7,25	27,12	22,55	5,15	9,27

Após a análise dos dados, verificou-se que, nos requerimentos de segurado com data de entrada a partir de 2007, houve uma melhora significativa ao longo dos anos em todas as 5 condições mínimas necessárias para a adequação do laudo médico pericial. Segundo os médicos peritos da AUDGER/INSS, a melhora relaciona-se ao maior treinamento dos PMP/SMP e da ação direta da supervisão sobre a elaboração dos LPM.

No entanto, um aspecto que pode ser ressaltado, de acordo com o Gráfico 1, é que a melhora não foi uniforme para todas as condições. As condições 2 e 3 ainda apresentam patamares mais elevados de inadequações em relação as demais condições.

Gráfico 1 – Percentuais de inadequação dos critérios analisados - por DER



A dificuldade de melhoria e a persistência em níveis elevados de inadequação (mais de 20%) das condições 2 e 3, respectivamente, fundamentação no laudo da DID e da DII, podem ser explicadas devido ao fato de que são itens que demandam uma análise profunda da documentação auxiliar encaminhada pelo médico assistente do segurado para se determinar exatamente quando a doença iniciou e, mais ainda, quando esta tornou o segurado incapaz para o trabalho. O motivo, ou seja, a fundamentação para uma data específica ser considerada como o início da doença ou o início da incapacidade, deve conter provas inequívocas, sinais e sintomas que sejam evidências suficientes para assinalar o momento correto da ocorrência de tais acontecimentos.

Em que pese a melhoria da qualidade dos laudos, o não atendimento às condições elencadas pode ter como consequência a concessão de benefícios indevidos, com repercussões negativas no aumento de gastos do INSS. Além disso, como já comentado, o LPM constitui documento decisivo para o segurado e para o INSS, podendo transitar na via recursal da Previdência ou mesmo em juízo, com caráter de documento médico-legal; assim, falhas neste documento podem acarretar a condenação do Instituto na esfera judicial.

Dessa forma, foi **recomendado** ao INSS:

- Revisar e atualizar as diretrizes relacionadas à atividade de perícia médica, incluindo o Qualitec;
- Elaborar programa de capacitação permanente dos peritos médicos previdenciários.

Com o objetivo de minimizar/dirimir dúvidas técnicas, o INSS publicou, entre novembro de 2013 e junho de 2014, atualizações em diretrizes médicas, conforme a seguir:



- Atualização do item “Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao Uso de Substância Psicoativa (F10 a F19)” do Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade, volume II, Diretrizes de Apoio à Decisão Médico Pericial em Psiquiatria.
- Publicação do Manual Técnico de Procedimentos de Avaliação Médico Pericial das Funções da Visão
- Publicação das Diretrizes de Apoio à Decisão Médica Pericial em Clínica Médica - Volume III- Parte II do Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade (HIV /AIDS, Tuberculose e Hanseníase).

Realizou, também, revisão e atualização do Formulário Qualitec, em maio de 2014, bem como concluiu a revisão e alteração do Manual Técnico da Perícia Médica.

Em relação ao Qualitec, o questionário que continha 25 questões foi sintetizado em 9 perguntas, com ênfase nas 5 questões elencadas como condições críticas para a validação dos laudos, conforme citado anteriormente, trazendo maior clareza e precisão à análise do estado de incapacidade do segurado. No tocante ao Manual, alterou-se a meta de avaliação dos laudos de cada PMP pelo Supervisor Técnico, de 5 LPM por perito a cada 3 meses para 16 LPM por perito a cada 6 meses e incluiu-se um procedimento explicando a nova metodologia de avaliação dos laudos, contendo printscreen das telas a serem utilizadas para se obter uma amostra aleatória de PMP e, a partir dessa amostra de peritos, uma amostra de 16 LPM de cada um. Criou-se ainda um parâmetro numérico de avaliação dos LPM.

Por fim, o INSS elaborou proposta de Programa de Formação em Saúde do Trabalhador, composto de 6 módulos distribuídos em 48 meses e realizou a capacitação dos Peritos Médicos em Aposentadoria Especial para as pessoas com deficiência. O primeiro módulo do Programa foi realizado no período de dezembro de 2013 a março de 2014.

#### ***4.2.2.Os pagamentos de benefícios são realizados de forma regular?***

A regularidade dos pagamentos foi avaliada sob dois aspectos. O primeiro aspecto corresponde à acumulação indevida de benefícios pelo mesmo beneficiário. Um benefício por incapacidade não pode ser acumulado com outro benefício por incapacidade ou por uma aposentadoria de qualquer tipo.

Utilizando dados da Maciça de fevereiro e de agosto de 2012, foram identificados 14.774 benefícios com indícios<sup>19</sup> de estarem sendo mantidos irregularmente, dado que há registro de outro benefício indevidamente acumulado pelo mesmo beneficiário, correspondendo a um montante mensal de R\$ 16,4 milhões, ou anual de R\$ 211,3 milhões (Tabela 10).

<sup>19</sup> A quantidade de benefícios com indícios de irregularidades corresponde a 0,7% do total de benefícios de auxílios (doença e reclusão) pagos em dezembro de 2014 (Informativo INSS em números – Dezembro de 2014)

Tabela 10 – Acumulação indevida de benefícios				
Subquestão Estratégica	Mês e Ano da Maciça	Quant. de Benefícios Irregulares	Valor Mensal Indevido (R\$)	Valor Anual Indevido (R\$)
2.1 auxílio-acidente x aposentadoria	02.12	1.485	1.563.347,58	20.323.518,54
	09.12	157	151.803,78	1.973.449,14
2.2 auxílio-acidente x auxílio-acidente	02.12	7	5.923,68	77.007,84
2.3 auxílio-acidente x auxílio-doença	02.12	5.400	7.245.838,65	94.195.902,45
	09.12	3.249	4.258.660,16	55.362.582,08
2.4 auxílio-doença x auxílio-doença	02.12	12	28.656,43	372.533,59
	09.12	11	13.282,83	172.676,79
2.5 aposentadoria x auxílio-doença	02.12	211	248.197,13	3.226.562,69
	09.12	127	143.602,98	1.866.838,74
2.6 assistencial x assistencial ou previdenciário	02.12	771	479.562,00	6.234.306,00
	09.12	3.344	2.290.977,51	27.491.730,12
<b>TOTAIS</b>		<b>14.774</b>	<b>16.429.852,73</b>	<b>211.297.107,98</b>

Fonte: Maciça

O outro aspecto avaliado refere-se à existência de pagamentos de benefícios para os quais há registro do óbito do titular. Utilizando dados da Maciça, do Sistema de Controle de Óbitos (SISOBI) do Ministério da Previdência Social e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde para o mesmo período do item anterior, foram apurados 9.729 benefícios com indícios de estarem sendo mantidos irregularmente, dado que consta registro do óbito do beneficiário. O que corresponde a um montante mensal de R\$ 7,0 milhões, ou anual de R\$ 90,8 milhões (Tabela 11).

Tabela 11 – Benefícios com registro de óbito do titular			
Subquestão Estratégica	Quant. de Benefícios Irregulares	Valor Mensal Indevido (R\$)	Valor Anual Indevido (R\$)
3.1 benefício previdenciário x SISOBI	2.696	2.039.966,39	26.519.563,07
3.2 benefício previdenciário x SIM	6.688	4.658.396,79	60.559.158,27
3.3 concessão após o óbito	345	283.633,71	3.687.238,23
<b>TOTAIS</b>	<b>9.729</b>	<b>6.981.996,89</b>	<b>90.765.959,57</b>

Fonte: Maciça, SISOBI e SIM

A principal explicação para a ocorrência de pagamento de benefícios realizados de forma irregular relaciona-se com fragilidades no Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI). O sistema, após o requerimento realizado pelo segurado, importa as informações cadastradas no Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS). No entanto, o sistema não realiza crítica sobre a existência de pagamento de outros benefícios pelo INSS ao requerente ou se o nome do mesmo consta no SISOBI ou no SIM.

Os problemas seriam sanados com a entrada em produção do módulo do Sistema Integrado de

Benefícios (SIBE) relacionado com Benefícios por Incapacidade (BI). O SIBE corresponde ao sistema que vai integrar a gestão de todos os benefícios do INSS.

Dessa forma, foi recomendado ao INSS que estabelecesse um cronograma detalhado de implantação do módulo SIBE/BI, contemplando, inclusive, responsáveis e eventuais prioridades de regiões geográficas, com o compromisso de cumprimento de tal instrumento pela Dataprev, e monitorasse sua execução.

Foi recomendado, também, a cessação dos benefícios relativos às ocorrências que tiverem a irregularidade confirmada, e adotar medidas para a cobrança dos valores pagos indevidamente.

Em maio de 2014, o INSS e a Dataprev decidiram que os sistemas CNIS e SIBE seriam tratados de forma conjunta, denominados a partir de então, de Portal CNIS-SIBE. A primeira versão do Portal, que tinha previsão de entrega para homologação em julho de 2014, já foi entregue e homologada. As especificações para a versão de julho de 2014 do Portal CNIS/SIBE ocorreram no período de 09/06/2014 até 04/07/2014. A versão homologada tinha cronograma para implementação em todas as superintendências até o início de outubro de 2014. Outra versão do Portal foi homologada em novembro de 2014. A implementação do sistema em todas as superintendências e a efetiva utilização do mesmo para sanar os problemas de pagamentos irregulares apontados serão objetos de monitoramentos nos próximos trabalhos da CGU.

Até novembro de 2014, o INSS havia cessado 546 benefícios apontados com indícios de irregularidades, o que equivale a uma economia anual de R\$ 5.138.952,00. Foi recuperado, também, o equivalente a R\$ 202.272,71.

#### ***4.2.3. Os controles para a verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento do benefício são efetivos?***

Esta questão objetivou verificar se os procedimentos de recepção e verificação da documentação necessária à concessão do benefício auxílio-doença são executados conforme determinado nos normativos.

A existência de processo formalizado contendo a documentação exigida para a concessão do benefício pode dirimir fraudes eletrônicas, além de tratar-se de importante documento para comprovação da regularidade da concessão, podendo conter, inclusive, exames complementares do segurado.

A Orientação Interna Conjunta nº 04 INSS/DIRBEN/DIRAT, de 11 de julho de 2006, disciplinou a documentação necessária para a instrução dos processos físicos. Dentre a documentação exigida na citada Orientação Interna, foram considerados como minimamente necessários para a regularidade da concessão do benefício e eleitos para verificação neste trabalho os seguintes documentos:

- Requerimento
- Data de afastamento do trabalho
- Procuração de representação

Considerou-se como inconsistência a ausência dos documentos mencionados quando detectada em mais de 5% da amostra de 20 processos analisada nas agências.

Constatou-se que em 63% das 161 APS fiscalizadas os procedimentos de recepção e verificação da documentação mínima necessária à concessão do benefício auxílio-doença não foram executados conforme determinado nos normativos, implicando em fragilidades na concessão do Auxílio-doença.

Tabela 12 – Inferência: documentos para concessão			
	Intervalo inferior	Média	Intervalo superior
%APS com problemas na verificação da documentação	56%	63%	71%
Qtde de APS com problemas na verificação da documentação	822	934	1046

Conclui-se que os controles do INSS para a verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento do benefício não são efetivos. De acordo com a Tabela 12, extrapolando para o universo de 1.475 APS, infere-se, com 95% de nível de confiança, que em pelo menos 822 APS os procedimentos de recepção e verificação da documentação mínima necessária à concessão do benefício auxílio-doença não foram executados conforme determinado nos normativos. Dessa forma foi **recomendado** ao INSS:

- Implementar instrumentos de controle relacionados à formalização dos processos de concessão dos benefícios por incapacidade, visando garantir a identificação precisa do segurado e a adequação dos requisitos documentais mínimos;
- Capacitar os servidores envolvidos no processo de recepção da documentação para a concessão do benefício;
- Realizar estudos de viabilidade da implantação de uma sistemática de identificação biométrica dos segurados (e servidores) da Previdência Social

O INSS, por meio da DIRSAT, reiterou na nova versão do Manual do SST, de outubro de 2014, a importância da ação do supervisor técnico e do gerente da APS na formalização desses processos. Informou, ainda, os resultados da fiscalização realizada a todos os níveis de gestão do INSS e pactuou entre os diferentes gestores a necessidade de alterações na formalização dos processos para que pelo menos os elementos mínimos estejam inseridos.

No tocante à capacitação de servidores envolvidos no processo de recepção da documentação para a concessão do benefício, não foi realizada uma ação formal de capacitação nesse tema;

verifica-se que o INSS acredita que sua ação sobre as chefias e o aumento dos controles realizados pela supervisão técnica sejam suficientes para que haja alteração do processo de trabalho nas agências.

No tocante à realização de estudos de viabilidade para implantação de uma sistemática de identificação biométrica dos segurados e servidores da Previdência Social, o INSS, após a criação de um grupo de trabalho, elaborou nota técnica visando viabilizar a implementação da biometria no INSS.



*Sala de perícia médica(Consultório nº 4)” para “Sala de perícia médica – APS Betim/MG*

### **4.3 O INSS dispõe de estrutura adequada para atendimento aos segurados?**

A falta de estrutura adequada das APS pode impactar no atendimento aos segurados de duas formas. No conforto aos segurados e servidores e na disponibilização de perícias médicas de acordo com a capacidade operacional do órgão.

O primeiro aspecto que será avaliado relaciona-se com a ausência de mobiliários e equipamentos essenciais nas salas de perícias. A ausência dos itens impõe desconforto aos segurados e aos próprios servidores e, no limite, compromete a própria qualidade das perícias realizadas.

O outro ponto avaliado refere-se à compatibilidade da quantidade de salas de perícias com a quantidade de PMP/SMP que atendem nas APS. Uma quantidade de salas de perícias menor do que a quantidade de PMP/SMP que atendem nas APS implica em subutilização da capacidade dos mesmos e menos perícias para a sociedade.

Os dois pontos são avaliados nas subquestões a seguir.

#### **4.3.1 As salas de perícia apresentam condições físicas mínimas de trabalho e equipamentos / mobiliários essenciais adequados?**

Esta questão objetivou verificar a adequabilidade das condições das instalações físicas das salas de perícia e a existência e condições de uso de equipamentos/mobiliários minimamente necessários, conforme especificações contidas no Manual de Perícia Médica da Previdência Social/2003 e no Manual de Procedimentos para Adequação da Infraestrutura das Agências da Previdência Social/2008.

O Manual de Perícia Médica da Previdência Social estabeleceu que as APS fossem dimensionadas de acordo com padrões nele preestabelecidos, de forma que os setores fossem organizados numa rede padronizada de atendimento (comportamento, linguagem, estrutura gerencial, sistemas e métodos, módulos funcionais e rotinas), tornando-as capazes da execução plena de todas as tarefas concernentes aos benefícios e serviços prestados aos usuários. No citado Manual foram definidas as condições das instalações físicas das salas de perícia e os equipamentos/mobiliários necessários. Este tema foi posteriormente tratado também no Manual de Procedimentos para Adequação da Infraestrutura das Agências da Previdência Social, de dezembro/2008.

Nesses Manuais foram definidos vários padrões e parâmetros a serem implementados nas instalações físicas das agências, de forma a proporcionar maior segurança, conforto e comodidade aos usuários, configurações estas consideradas ideais. Ressalta-se, entretanto, que, para fins deste trabalho auditorial, foi considerada como **condição física mínima** de trabalho que a **sala de perícia** contenha:

- divisórias (ou paredes) até o teto, de forma a possibilitar privacidade ao segurado;
- lavatório (pia) com a respectiva instalação hidráulica; e
- condições de acessibilidade a portadores de necessidades especiais.

Cumprir destacar que a existência de pia com a respectiva instalação hidráulica em corredor interno de fácil acesso aos peritos médicos foi considerada situação adequada. Em relação às divisórias (ou paredes) até o teto, de forma a possibilitar privacidade ao segurado, não foi considerada inadequada ausência de isolamento decorrente da instalação de ar-condicionado central.

Em relação aos **equipamentos/mobiliário** foram considerados como **minimamente necessários** para fins deste trabalho auditorial:

- mesa;
- duas cadeiras, sendo uma para o servidor médico e outra para o segurado
- computador (não é necessário impressora);

- maca;
- escada para maca;
- lençóis;
- estetoscópio;
- aparelho de pressão;
- toalha ou papel-toalha;
- ventilador ou ar-condicionado; e
- lixeira.

Considerou-se a questão atendida quando presentes os itens citados nas condições físicas mínimas e quando existentes todos os mobiliários/equipamentos considerados como minimamente necessários.

As fiscalizações apontaram inadequação das condições das instalações físicas das salas de perícia em 35% das 161 APS fiscalizadas.

Tabela 13 – Inferência - Condições físicas			
	Intervalo inferior	Média	Intervalo superior
% de APS com condições físicas mínimas de trabalho	28%	35%	43%
Qtde de APS com condições físicas mínimas de trabalho	412	522	632

De acordo com a Tabela 13, extrapolando para o universo de 1.475 APS no país, podemos inferir, com 95% de nível de confiança, que pelo menos 412 das APS não dispõem de condições físicas mínimas de trabalho.

No tocante aos equipamentos/mobiliário considerados minimamente necessários para o atendimento médico pericial constatou-se que em 51% das 161 agências fiscalizadas os mesmos não existiam ou não estavam em condições de uso.

Tabela 14 – Inferência – Equipamentos/Mobiliários			
	Intervalo inferior	Média	Intervalo superior
% de APS com equipamentos/mobiliários minimamente necessários	43%	51%	59%
Qtde de APS com equipamentos/mobiliários minimamente necessários	636	751	866

De acordo com a Tabela 14, extrapolando para o universo de 1.475 APS no país, podemos inferir, com 95% de nível de confiança, que pelo menos 636 APS não dispõem de equipamentos e mobiliários minimamente necessários para o atendimento aos segurados.



Dessa forma, foi **recomendado** ao INSS realizar estudos visando identificar, do universo de APS não fiscalizadas, aquelas cujos equipamentos/mobiliários avaliados inexistam ou não estejam em boas condições de uso. Foi **recomendado**, também, que o mesmo elaborasse plano permanente de adequação da infraestrutura das agências para a realização de perícias, a partir dos resultados obtidos com a fiscalização realizada e os levantamentos a serem efetivados.

Após as recomendações, o INSS promoveu a identificação do universo de APS com inadequações e foram realizadas licitações para registro de preços. As atas foram concluídas, porém existe restrição orçamentária para a contratação. Ademais, está sendo desenvolvido estudo para a elaboração do “Kit de Materiais para Perícia Médica” que seja mais adequado para o processo de trabalho dos PMP/SMP.

#### **4.3.2 O número de salas de perícia é adequado ao quantitativo de peritos médicos que atendem regularmente nas APS?**

Com este item pretendeu-se avaliar a adequação do número de salas de perícia ao quantitativo de peritos médicos que atendem regularmente na agência da previdência social. Uma relação adequada entre peritos e salas de perícias garante a plena utilização e disponibilização da capacidade desses para a sociedade e, também, evita que a realização das perícias sofra interrupção ocasionada pela insuficiência de locais adequados.

Nas fiscalizações realizadas nas APS, considerou-se como atendida a questão se, em nenhum dia da semana, de forma regular, não houver mais peritos médicos, por turno, do que salas de perícia disponíveis.

Nos exames realizados, verificou-se que em 11% das 161 agências fiscalizadas o número de salas de perícia disponíveis não era adequado, considerando-se o quantitativo de peritos médicos que atendiam regularmente na agência da previdência social, por turno.

Tabela 15 – Inferência – Número de salas de perícias adequado ao quantitativo de PMP/SMP			
	Intervalo inferior	Média	Intervalo superior
%APS que não apresentam número de salas de perícia médica adequado	6%	11%	16%
Qtde de APS que não apresentam número de salas de perícia médica adequado	91	164	237

De acordo com a Tabela 15, extrapolando para o universo de 1.475 APS no país, podemos inferir, com 95% de nível de confiança, que pelo menos 91 APS não dispõem de quantidade de salas de perícias médicas adequadas ao quantitativo de PMP/SMP.

Dessa forma, foi **recomendado** ao INSS realizar estudos visando identificar, do universo de APS não fiscalizadas, aquelas com número de salas inferior ao necessário, considerando-se



o quantitativo de peritos que atendem regularmente nessas agências, por turno e que fosse elaborado plano permanente de adequação da infraestrutura das agências para a realização de perícias, a partir dos resultados obtidos com a fiscalização realizada e os levantamentos a serem efetivados.

Inicialmente, para solução do problema de quantitativo insuficiente de salas de perícias médicas, o INSS realizou um diagnóstico da situação atual do quantitativo de salas para perícia médica a serem construídas ou readequadas. A partir daí, caberá à área de Logística/Engenharia elaborar o plano periódico e permanente de reforma e construção.

Nas ações de auditoria realizadas em 2015, verificou-se que não foram concluídas as providências referentes a estudos e implantação de estrutura adequada de salas em relação ao quantitativo de peritos, bem como de um plano permanente e periódico de adequação da infraestrutura das agências para a realização de perícias.

Dessa forma, esta CGU continuará monitorando a implementação das medidas necessárias ao cumprimento das recomendações formuladas.

## 5. Conclusão

---

O presente relatório apresenta os resultados da avaliação da execução das ações governamentais afetas à concessão do benefício de auxílio-doença. Foram analisados aspectos relacionados à celeridade no atendimento ao segurado, à confiabilidade do processo de concessão de benefícios e à estrutura disponibilizada pelo INSS para atendimento ao segurado.

Mesmo com a criação do SISREF, constatou-se que o INSS necessita aprimorar os instrumentos para garantir o controle regular da jornada de trabalho dos PMP/SMP. Extrapolando para o universo de 1475 APS no país, podemos inferir, com 95% de nível de confiança, que não comparecimentos ou saídas antecipadas de PMP/SMP sem justificativas aplicáveis homologados pelos gerentes das APS podem ocorrer em pelo menos 250 das APS do país. Um problema ainda mais grave refere-se aos atrasos dos PMP/SMP. Infere-se, com 95% de nível de confiança, que atrasos sistemáticos superiores a uma hora entre o horário agendado para a perícia médica e a entrada do correspondente PMP/SMP na APS ocorrem em pelo menos 380 APS do país.

No que se refere ao aspecto da confiabilidade, constatou-se que parte dos Laudos Periciais Médicos (LPM) ainda não possui os elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado. Sem levar em consideração a Data de Entrada do Requerimento (DER), constatou-se que 53% da amostra de 9.416 LPM analisados não possuem os elementos mínimos necessários para atestar a incapacidade laboral do segurado.

Ainda em relação ao aspecto da confiabilidade, foram identificados 14.774 benefícios com indícios de estarem sendo mantidos irregularmente, dado que há registro de outro benefício indevidamente acumulado pelo mesmo beneficiário, correspondendo a um montante mensal de R\$ 16,4 milhões, ou anual de R\$ 211,3 milhões. Foram apurados, também, 9.729 benefícios com indícios de estarem sendo mantidos irregularmente, dado que consta registro do óbito do beneficiário. O que correspondendo a um montante mensal de R\$ 7,0 milhões, ou anual de R\$ 90,8 milhões. Até novembro de 2014, o INSS havia cessado 546 benefícios apontados com indícios de irregularidades, o que equivale a uma economia anual de R\$ 5.138.952,00. Foram recuperados, também, o equivalente R\$ 202.272,71.

Em relação à estrutura disponibilizada pelo INSS para atendimento ao seu segurado, extrapolando para o universo de 1.475 APS no país, podemos inferir, com 95% de nível de confiança, que pelo menos 412 das APS não dispõem de condições físicas mínimas de trabalho. Podemos inferir, também que pelo menos 636 APS não dispõem de equipamentos e mobiliários minimamente necessários para o atendimento aos segurados e que pelo menos 91 APS do país não dispõem de quantidade de salas de perícias médicas adequado ao quantitativo de PMP/SMP.

# Anexo I – Relação de Agências da Previdência Social Fiscalizadas

AGÊNCIAS FISCALIZADAS				
Uf	Município	Agência da Previdência Social	Condições físicas mínimas?	Equipamentos/ mobiliários adequados?
AC	Brasília	APS BRASÍLIA	SIM	SIM
AC	Rio Branco	APS RIO BRANCO - BOSQUE	NÃO	NÃO
AC	Rio Branco	APS RIO BRANCO - CENTRO	NÃO	NÃO
AL	Maceió	APS MACEIO - ARY PITOMBO	NÃO	NÃO
AL	Maribondo	APS MARIBONDO	SIM	NÃO
AL	Penedo	APS PENEDO	SIM	NÃO
AM	Benjamin Constant	APS BENJAMIN CONSTANT	SIM	NÃO
AM	Manaus	APS MANAUS-PORTO	NÃO	NÃO
AM	Maués	APS MAUÉS	NÃO	NÃO
AP	Laranjal do Jari	APS LARANJAL DO JARI	SIM	SIM
BA	Condeúba	APS CONDEÚBA	NÃO	NÃO
BA	Ichu	APS ICHU	NÃO	NÃO
BA	Ilhéus	APS ILHÉUS	NÃO	SIM
BA	Iraquara	APS IRAQUARA	SIM	NÃO
BA	Itiruçu	APS ITIRUÇÚ	NÃO	NÃO
BA	Jequié	APS JEQUIÉ	NÃO	NÃO
BA	Salvador	APS SALVADOR-BONFIM	NÃO	NÃO
BA	Salvador	APS SALVADOR-BROTAS	SIM	SIM
BA	Teixeira de Freitas	APS TEIXEIRA DE FREITAS	SIM	SIM
CE	Caucaia	APS CAUCAIA	SIM	NÃO
CE	Coreaú	APS COREAÚ	SIM	SIM
CE	Fortaleza	APS FORTALEZA-PARQUELÂNDIA	NÃO	NÃO
CE	Senador Pompeu	APS SENADOR POMPEU	SIM	NÃO
DF	Brasília	APS BRASILIA - GAMA	SIM	NÃO
DF	Brasília	APS BRASILIA-SOBRADINHO	NÃO	NÃO
ES	Alegre	APS ALEGRE	SIM	SIM
ES	Serra	APS SERRA	NÃO	NÃO
ES	Vila Velha	APS VILA VELHA	SIM	SIM

AGÊNCIAS FISCALIZADAS				
Uf	Município	Agência da Previdência Social	Condições físicas mínimas?	Equipamentos/ mobiliários adequados?
ES	Vitória	APS ATENDIMENTO BENEF. INCAPA-CIDADE VITÓRIA	NÃO	NÃO
GO	Aparecida de Goiânia	APS APARECIDA DE GOIÂNIA	SIM	SIM
GO	Inhumas	APS INHUMAS	NÃO	NÃO
GO	Minaçu	APS MINAÇU	SIM	NÃO
GO	Posse	APS POSSE	SIM	SIM
MA	Açailândia	APS AÇAILÂNDIA	NÃO	NÃO
MA	Caxias	APS CAXIAS	SIM	NÃO
MA	Chapadinha	APS CHAPADINHA	SIM	NÃO
MG	Betim	APS BETIM	NÃO	NÃO
MG	Capelinha	APS CAPELINHA	NÃO	SIM
MG	Carangola	APS CARANGOLA	NÃO	NÃO
MG	Cataguases	APS CATAGUASES	SIM	NÃO
MG	Curvelo	APS CURVELO	NÃO	NÃO
MG	Itaobim	APS ITAOBIM	SIM	SIM
MG	Jequitinhonha	APS JEQUITINHONHA	SIM	SIM
MG	Juiz de Fora	APS JUIZ DE FORA - MORRO DA GLÓRIA	SIM	NÃO
MG	Leopoldina	APS LEOPOLDINA	NÃO	NÃO
MG	Matozinhos	APS MATOZINHOS	NÃO	NÃO
MG	Minas Novas	APS MINAS NOVAS	NÃO	SIM
MG	Montes Claros	APS MONTES CLAROS	SIM	NÃO
MG	Ouro Fino	APS OURO FINO	NÃO	SIM
MG	Passos	APS PASSOS	SIM	SIM
MG	Santa Maria do Suaçuí	APS SANTA MARIA DO SUAÇUÍ	NÃO	SIM
MG	São Sebastião do Paraíso	APS SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO	SIM	SIM
MG	Uberaba	APS UBERABA	SIM	SIM
MG	Uberlândia	APS UBERLÂNDIA	SIM	SIM
MG	Várzea da Palma	APS VÁRZEA DA PALMA	SIM	SIM
MS	Bonito	APS BONITO	SIM	SIM
MS	Campo Grande	APS CAMPO GRANDE-26 DE AGOSTO	NÃO	NÃO
MS	Campo Grande	APS CAMPO GRANDE-PANTANAL	SIM	SIM
MS	Nova Andradina	APS NOVA ANDRADINA	NÃO	SIM
MT	Cuiabá	APS CUIABÁ-COXIPÓ	SIM	SIM
MT	Juara	APS JUARA	SIM	NÃO
MT	Rondonópolis	APS RONDONÓPOLIS	NÃO	SIM

AGÊNCIAS FISCALIZADAS				
Uf	Município	Agência da Previdência Social	Condições físicas mínimas?	Equipamentos/ mobiliários adequados?
PA	Ananindeua	APS ANANINDEUA	NÃO	NÃO
PA	Belém	APS BELÉM-MARCO	SIM	NÃO
PA	Itaituba	APS ITAITUBA	SIM	NÃO
PB	Cajazeiras	APS CAJAZEIRAS	SIM	NÃO
PB	Santa Luzia	APS SANTA LUZIA	SIM	NÃO
PB	Santa Rita	APS SANTA RITA	NÃO	NÃO
PB	Serra Branca	APS SERRA BRANCA	SIM	SIM
PE	Cabo de Santo Agostinho	APS CABO DE SANTO AGOSTINHO	SIM	NÃO
PE	Exu	APS EXU	SIM	SIM
PE	Moreno	APS MORENO	NÃO	NÃO
PE	Palmares	APS PALMARES	SIM	NÃO
PI	Teresina	APS TERESINA - CENTRO	SIM	SIM
PI	Teresina	APS TERESINA-SUL	NÃO	SIM
PR	Arapongas	APS ARAPONGAS	SIM	SIM
PR	Castro	APS CASTRO	NÃO	NÃO
PR	Curitiba	APS CURITIBA-XV DE NOVENBRO	SIM	SIM
PR	Fazenda Rio Grande	APS FAZENDA RIO GRANDE	SIM	SIM
PR	Francisco Beltrão	APS FRANCISCO BELTRÃO	NÃO	SIM
PR	Ibaiti	APS IBAITI	SIM	SIM
PR	Marechal Cândido Rondon	APS MARECHAL CÂNDIDO RONDON	SIM	SIM
PR	Paranavaí	APS PARANAVAÍ	SIM	SIM
PR	Ponta Grossa	APS PONTA GROSSA	NÃO	SIM
PR	Rolândia	APS ROLÂNDIA	SIM	SIM
RJ	Barra do Piraí	APS BARRA DO PIRAÍ	SIM	SIM
RJ	Bom Jardim	APS BOM JARDIM	SIM	SIM
RJ	Campos dos Goyta-cazes	APS CAMPOS DOS GOYTACAZES-CENTRO	SIM	NÃO
RJ	Casimiro de Abreu	APS CASIMIRO DE ABREU	SIM	NÃO
RJ	Duque de Caxias	APS DUQUE DE CAXIAS	SIM	NÃO
RJ	Itaguaí	APS ITAGUAÍ	NÃO	NÃO
RJ	Itaperuna	APS ITAPERUNA	SIM	NÃO
RJ	Itatiaia	APS ITATIAIA	SIM	SIM
RJ	Macaé	APS MACAÉ	SIM	NÃO
RJ	Mesquita	APS MESQUITA	NÃO	NÃO

AGÊNCIAS FISCALIZADAS				
Uf	Município	Agência da Previdência Social	Condições físicas mínimas?	Equipamentos/ mobiliários adequados?
RJ	Niterói	APS NITERÓI-BAIRRO DE FÁTIMA	SIM	NÃO
RJ	Nova Friburgo	APS NOVA FRIBURGO	SIM	NÃO
RJ	Nova Iguaçu	APS NOVA IGUAÇU	SIM	NÃO
RJ	Rio de Janeiro	APS RIO DE JANEIRO - AVENIDA BRASIL	NÃO	NÃO
RJ	São Pedro da Aldeia	APS SÃO PEDRO DA ALDEIA	SIM	NÃO
RN	Currais Novos	APS CURRAIS NOVOS	SIM	SIM
RN	Macau	APS MACAU	SIM	NÃO
RN	Natal	APS NATAL-SUL	NÃO	NÃO
RR	Boa Vista	APS BOA VISTA	SIM	NÃO
RR	Caracarái	APS CARACARAÍ	SIM	SIM
RR	Rorainópolis	APS RORAINÓPOLIS	SIM	SIM
RS	Espumoso	APS ESPUMOSO	SIM	SIM
RS	Esteio	APS ESTEIO	NÃO	NÃO
RS	Estrela	APS ESTRELA	SIM	SIM
RS	Giruá	APS GIRUÁ	SIM	SIM
RS	Guaíba	APS GUAÍBA	SIM	NÃO
RS	Lajeado	APS LAJEADO	SIM	NÃO
RS	Osório	APS OSÓRIO	SIM	NÃO
RS	Passo Fundo	APS PASSO FUNDO	SIM	SIM
RS	Porto Alegre	APS PORTO ALEGRE-CENTRO	NÃO	SIM
RS	Santa Cruz do Sul	APS SANTA CRUZ DO SUL	NÃO	NÃO
SC	Blumenau	APS BLUMENAU	SIM	SIM
SC	Capinzal	APS CAPINZAL	NÃO	NÃO
SC	Florianópolis	APS FLORIANÓPOLIS-CONTINENTE	NÃO	NÃO
SC	Fraiburgo	APS FRAIBURGO	SIM	SIM
SC	Indaial	APS INDAIAL	SIM	SIM
SC	Joaçaba	APS JOAÇABA	SIM	SIM
SC	Lages	APS LAGES	SIM	SIM
SC	Mafra	APS MAFRA	SIM	NÃO
SC	Porto União	APS PORTO UNIÃO	SIM	SIM
SE	Aracaju	APS ARACAJU - SIQUEIRA CAMPOS	SIM	SIM
SE	São Cristóvão	APS SÃO CRISTOVÃO	NÃO	SIM
SP	Araras	APS ARARAS	NÃO	NÃO
SP	Assis	APS ASSIS	SIM	SIM
SP	Avaré	APS AVARÉ	SIM	SIM
SP	Barueri	APS BARUERI	NÃO	NÃO
SP	Bauru	APS BAURU	NÃO	NÃO

AGÊNCIAS FISCALIZADAS				
Uf	Município	Agência da Previdência Social	Condições físicas mínimas?	Equipamentos/ mobiliários adequados?
SP	Campo Limpo Paulista	APS CAMPO LIMPO PAULISTA	SIM	SIM
SP	Guarujá	APS GUARUJÁ	SIM	NÃO
SP	Itápolis	APS ITÁPOLIS	SIM	NÃO
SP	Ituverava	APS ITUVERAVA	NÃO	NÃO
SP	Jundiaí	APS JUNDIAÍ-ELOY CHAVES	SIM	SIM
SP	Leme	APS LEME	SIM	SIM
SP	Limeira	APS LIMEIRA	NÃO	NÃO
SP	Marília	APS MARÍLIA	SIM	SIM
SP	Mauá	APS MAUÁ	SIM	SIM
SP	Novo Horizonte	APS NOVO HORIZONTE	SIM	SIM
SP	Presidente Prudente	APS PRESIDENTE PRUDENTE	SIM	NÃO
SP	Santana de Parnaíba	APS SANTANA DE PARNAÍBA	SIM	NÃO
SP	Santo André	APS SANTO ANDRÉ	NÃO	SIM
SP	Santos	APS SANTOS	NÃO	SIM
SP	São Bernardo do Campo	APS SÃO BERNARDO DO CAMPO	SIM	SIM
SP	São João da Boa Vista	APS SÃO JOÃO DA BOA VISTA	SIM	SIM
SP	São José do Rio Preto	APS SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - PAR-QUE INDUSTRIAL	SIM	NÃO
SP	São Paulo	APS SÃO PAULO - IPIRANGA	NÃO	NÃO
SP	São Paulo	APS SÃO PAULO - MOOCA	NÃO	SIM
SP	São Paulo	APS SÃO PAULO - PINHEIROS	SIM	SIM
SP	São Paulo	APS SÃO PAULO - SANTO AMARO	SIM	SIM
SP	São Sebastião	APS SÃO SEBASTIÃO	SIM	SIM
SP	Suzano	APS SUZANO	SIM	SIM
SP	Taquaritinga	APS TAQUARITINGA	NÃO	NÃO
SP	Taubaté	APS TAUBATÉ	SIM	SIM
SP	Valinhos	APS VALINHOS	NÃO	NÃO
SP	Várzea Paulista	APS VÁRZEA PAULISTA	SIM	SIM
TO	Porto Nacional	APS PORTO NACIONAL	SIM	SIM
TO	Tocantinópolis	APS TOCANTINÓPOLIS	SIM	SIM



Controladoria-Geral  
da União

