VOLUME 1

PROPOSTA TÉCNCA PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECEÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SÃO VICENTE, LOCALIZADA EM TOBIAS BARRETO / SE, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025-SES/SE PROCESSO: 15365/2025 – EDITAL - SES

PROPONENTE:
Razão Social: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE - BHCL
Endereço: Avenida São Paulo, 340 – Vila Brasil – CEP 18.285.000 – Cesário Lange-SP
Endereço eletrônico: www.bhcl.org.br
Telefone: (15)3246-1410
Número de inscrição: 50.351.626/0001-10

Beneficência Hospitalar de Cesário Lange
Santa Casa de Cesário Lange

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, representada pelo Presidente do Conselho de Administração, nos termos do art. 26, "caput" do Estatuto Social da Instituição, convoca os membros do Conselho de Administração para **REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA** que realizar-se-á no dia **16 (dezesseis) de julho de 2025,** com primeira chamada para as 19h00min, segunda chamada as 19h30min, na sede da BHCL situada na Av. São Paulo, 340, Vila Brasil, na cidade de Cesário Lange/SP, para deliberarem sobre os seguintes assuntos:

a) Apresentação de Planos de Trabalho e Planos Orçamentários de Custeio e Minuta do contrato de gestão do **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025-SES/SE do Estado de Sergipe,** para deliberação, aprovação e aprovação de participação, nos termos do art. 25, II do Estatuto Social;

b) Demais assuntos pertinentes ao Conselho de Administração.

Cesário Lange, 15 de julho de 2025.

FABIO ROGÉRIO JÓIA
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

AFIXADO NO QUADRO DE AVISO DA SEDE DA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE NA DATA DE 15.07.2025 E ENVIADO VIA E-MAIL AOS CONSELHEIROS.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em segunda-feira, 21 de julho de 2025 10:55:37 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Beneficência Hospitalar de Cesário Lange
Santa Casa de Cesário Lange

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

ATA DE REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Aos 16 (dezesseis) dias do mês de julho de 2025, às 19h00min em primeira chamada e às 19h0h00min em segunda chamada, atendendo a solicitação do Senhor Provedor e convocação realizada pelo Sr. Presidente do Conselho de Administração, FABIO ROGÉRIO JÓIA, tempestivamente e na forma do art. 26, do Estatuto Social, verificado o quórum mínimo, reuniram-se para o fim de deliberar sobre a aprovação do Plano de Trabalho, Proposta Econômica com detalhamento do valor orçado e minuta do contrato de gestão do **CHAMAMENTO PÚBLICO N° 004/2025-SES/SE do Estado de Sergipe**, que tem por objeto a Seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente de Paulo , CNES 2546116, localizada na Rua João Alves Filho, 22 - Centro, em Tobias Barreto (SE), CEP 49300-000. O senhor Provedor apresentou à Diretoria os documentos confeccionados de acordo com a viabilidade técnica e orçamentária verificada. Ato seguinte apresentou cópias dos **Planos de Trabalho** (Propostas Técnico Financeira) e **minutas do contrato de gestão**, estes que são anexos dos Editais de Chamamento de número supracitado e após breve explanação acerca do projeto construído, o **Plano de Trabalho (Proposta Técnico-Financeira) foi aprovado pelos conselheiros presentes, inclusive a Proposta Econômica (Plano Orçamentário de Custeio), considerada compatível com o projeto construído.** Ato contínuo, após análise e explicações tecidas pelo Sr. Provedor, foi APROVADO por todos os conselheiros presentes os **Planos de Trabalho, Propostas Econômicas e Minuta do contrato de gestão a ser oportunamente firmado**, caso a entidade se sagre vencedora da seleção, bem como aprovada a participação da entidade nos processos de seleção. Aberta a palavra para tratar de outros assuntos de competência do Conselho de Administração pertinentes à associação, nada foi proposto pelos presentes. Por fim, não havendo qualquer outra deliberação, encerrou-se a reunião do Conselho de Administração e a presente ata firmada pelo Provedor e demais membros presentes.

FABIO ROGÉRIO JÓIA
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em segunda-feira, 21 de julho de 2025 10:55:37 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Beneficência Hospitalar de Cesário Lange
Santa Casa de Cesário Lange

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

LISTA DE PRESENÇA
REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DATA: 16.07.2025

Pauta:

c) Apresentação de Planos de Trabalho e Planos Orçamentários de **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025-SES/SE do Estado de Sergipe**, para deliberação, aprovação e aprovação de participação, nos termos do art. 25, II do Estatuto Social;
d) Demais assuntos pertinentes ao Conselho de Administração.

ROBERTO GONELLA JÚNIOR	
FABIO ROGÉRIO JÓIA	
ELIZEU DONIZETI FERNANDES	
JOSÉ CLAUDINEI JOIA JÚNIOR	
IVETE APARECIDA VASCONCELOS	
JUAREZ PEREIRA	
ADILSON DONIZETE DE MIRANDA	
JOEL ALMEIDA DOS SANTOS	
ANDERSON LUIS TELES	
SHAKESPEARE VIANA DE CARVALHO	

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em segunda-feira, 21 de julho de 2025 10:55:37 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

CENAD

Acesso restrito

Consulte a Autenticidade de um Documento Eletrônico

Selecione o documento que deseja verificar a auten...

2 Dados da Assinatura Digital

Aprovado

CPF: 140.810.678-72

Nome: ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE

Cartório: 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS

Qualificação: Titular

Munícipio: ARARAQUARA

Estado: SP

Data: 21/07/2025, às 10:55

Quantidade de Páginas Autenticadas: 3

Tipo de documento: Ata

Documento autenticado em Notarchain

Nova Consulta

1 - D

Registro Civil de Pessoa Jurídica
Comarca de Tatuí - Estado de São Paulo

Bel. José Henrique Ferreira Xavier
Oficial

Protocolo nº **00021365**

Data Prenotação: **21/07/2025**

Previsão Entrega: **19/08/2025**

Apresentante: Beneficência Hospitalar de Cesário Lange

Fone:15997231251 *e-mail:* financeiro.bhcl@gmail.com

Interessado: Beneficência Hospitalar de Cesário Lange

Natureza: ATA

Depósito: **R$ 96,76**

GUIA: **57.800**

( ) Autorizo o envio de informações relativas ao protocolo através de E-MAIL cadastrado;
( ) Autorizo o envio de informações sobre o andamento do protocolo através do telefone cadastrado;
( ) Autorizo a devolução do saldo remascente por Pix/Transfência.

Observações:

- O documento foi recepcionado e prenotado em 21/07/2025, sob o nº 00021365' assegurando a prioridade legal.
- Eventuais diferenças deverão ser pagas ou restituídas quando da retirada do documento.
- Apresentar este protocolo, para retirada do documento.
- Horário de atendimento: das 09:00 às 16:00 horas, de 2ª a 6ª feiras, exceto feriados.

Tatuí-SP,21 de julho de 2025

Vinicius Souza da Silva Gimenes

APRESENTANTE

Retirado em: ____/____/____.

Nome:_____

Assinatura:_____

Para conhecer nossa Politica de Privacidade efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico https://ritatui.com.br/politica-de-privacida

Rua Coronel Aureliano de Camargo, nº 566 - Tatuí - São Paulo - Tel.: (15) 3305-9090 - CEP: 18.270-170
e-mail : cartorio@ritatui.com.br

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em segunda-feira, 21 de julho de 2025 10:55:37 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

RZ

sergip.

1 - E

CENAD

Acesso restrito

Consulte a Autenticidade de um Documento Eletrônico

Selecione o documento que deseja verificar a auten...

2 Dados da Assinatura Digital

Aprovado

CPF: 140.810.678-72

Nome: ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE

Cartório: 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS

Qualificação: Titular

Munícipio: ARARAQUARA

Estado: SP

Data: 21/07/2025, às 10:55

Quantidade de Páginas Autenticadas: 1

Tipo de documento: Ata

Documento autenticado em Notarchain

Nova Consulta

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Ref.: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2025

Processo Administrativo nº 15365/2025

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os devidos fins, que prestarei no **Unidade de Pronto Atendimento São Vicente**, localizado em Tobias Barreto/ SE todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº** 04/2025.

Declaro que a validade das propostas apresentadas é de **120 (cento e vinte) dias**, contados a partir da data de abertura de seleção.

Declaro, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde-SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Cesário Lange, 23 de julho de 2025

Roberto Gonella Junior
Provedor

1. TÍTULO 11

1.2 APRESENTAÇÃO DA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE (BHCL) 11

2. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DAS UNIDADES 14

2.1 MODELO GERENCIAL 14

2.1.1 A Caracterização do Modelo Gerencial que será implantado 14

2.1.2 Modo de Fazer a Gestão 17

2.2 AS ESTRATÉGIAS QUE SERÃO ADOTADAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO, CONSIDERANDO O IMPACTO DA MUDANÇA DE PARADIGMA DO ATUAL MODELO EXISTENTE, A MUDANÇA DE CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL, A GESTÃO DE PESSOAL, A MELHORIA NA EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE. 29

2.2.1 Mudança de Paradigma do Atual Modelo Existente 33

2.2.2 Pesquisa de clima organizacional (PCO) e cultura organizacional 33

2.2.3 Gestão de Pessoal 36

2.2.3.1 Recrutamento e Seleção 38

2.2.3.2 Contratação 40

2.2.3.3 Integração Do Profissional 41

2.2.3.4 Sistemas para o Gerenciamento de Pessoal 44

2.2.3.5 Desligamento e Entrevista Demissional 45

2.2.4 Eficiência, Eficácia e Efetividade 46

2.3 OS MODELOS E CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE QUE SERÃO IMPLANTADOS 48

2.3.1 Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA) 50

2.3.2 Certificação Ambiental Sustentável 57

2.3.2.1 Planejamento Estratégico para Certificação Ambiental da Unidade de Saúde (ESG) 62

2.4 OS INDICADORES DE IMPACTO PROPOSTOS PELA INSTITUIÇÃO PRODUTIVIDADE 64

2.5 A DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS DE MODERNIZAÇÃO GERENCIAL ADOTADOS PELA INSTITUIÇÃO 84

2.5.1 Planejamento Estratégico 84

2.5.2 Gestão de Projetos 89

2.5.3 Abordagens Ágeis 89

2.5.4 Sistema de Gestão da Qualidade 91

2.5.5 Programa 5S e 2 H: Qualidade e Organização no Ambiente de Trabalho 96

2.5.6 Gestão de Riscos 98

2.5.7 Gestão de Crises 106

2.5.8 Gestão por Processos 108

2.5.9 ESG (AMBIENTAL, SOCIAL E GOVERNANÇA) 110

2.5.10 COMPLIANCE 112

2.5.11 Plano de Contingencia 115

2.6 MODELO DE RELACIONAMENTO ENTRE O PARCEIRO PRIVADO E SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE 120

2.7 OS LIMITES DE RESPONSABILIDADES, CONSIDERANDO O OBJETO DE NEGÓCIO, QUE A INSTITUIÇÃO PROPONENTE DEMONSTRA ESTAR DISPOSTA A ASSUMIR NO PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO 124

2.8 DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL 127

2.9 DESCRIÇÃO DE COMO SERÁ GERENCIADO O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DOS PACIENTES DA UNIDADE 133

2.10 CRONOGRAMA COM PRAZOS PROPOSTOS PARA IMPLANTAÇÃO E PARA PLENO FUNCIONAMENTO DE CADA SERVIÇO PROPOSTO 138

2.11 DESCRIÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO, INFORMANDO AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO QUE SERÃO ALOCADAS NA UNIDADE 146

2.12 DESCRIÇÃO DE MODELO DE GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS E SUA RELAÇÃO COM OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS, EM ESPECIAL, O SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR – SIH E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL – SIA. 151

2.13 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS - SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, DIFERENTES CLÍNICAS, ATIVIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, AMBULATÓRIO, SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT, CENTRO CIRÚRGICO, UTI, UNIDADE DE INTERNAÇÃO (ENFERMARIAS) 154

2.13.1 Organização dos Serviços Assistenciais 157

2.13.2 Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR 167

2.13.3 Atendimento Assistencial 172

2.13.4 Sala de Emergência e Urgência 175

2.13.5 Leitos de Observação 177

2.13.6 Sala de Medicação 181

2.13.7 Sala de Curativos e Procedimentos 182

2.13.8 SADTs – Imagem 184

2.13.9 Equipes Multiprofissionais 191

2.13.10 Centro Cirúrgico, UTI e Unidade de Internação (Enfermaria) 195

2.14 RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, APONTANDO, POR CATEGORIA, A QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS E A CARGA HORÁRIA DE TRABALHO, POR PERFIL DE PROFISSIONAL. NESTE TÓPICO, SOLICITA-SE UM QUADRO RESUMO DO PERFIL DE TODOS OS PROFISSIONAIS QUE IRÃO TRABALHAR NA UNIDADE, QUE ESTEJAM OU NÃO CONTRATADOS, E COM A EXPRESSÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL DISTRIBUÍDA PELOS DIAS DA SEMANA E COM O ENUNCIADO DO HORÁRIO DE TRABALHO. 197

2.15 DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: TREINAMENTO, CAPACITAÇÃO, EDUCAÇÃO EM SAÚDE 217

2.16 DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DE REMUNERAÇÃO DIRETA E INDIRETA, IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E UNIFORMIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS. 223

2.17 PODERÃO SER ACRESCIDAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES NÃO ABORDADAS NOS ITENS ANTERIORES OU OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE QUE O ENTE INTERESSADO JÁ TENHA EM DESENVOLVIMENTO OU PENSE INICIAR SUA IMPLANTAÇÃO. NESSE CASO, DEVE APRESENTAR UM PLANO DE ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICO COM DEFINIÇÃO DE ALCANCE, METODOLOGIA, CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO, ORÇAMENTO PREVISTO ETC. 226

2.17.1 Campo de Estágios 227

2.17.2 Voluntariado 230

2.18 FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, NÃO RESTRITAS E EXTERNAS 235

2.19 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS 238

2.20 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS 243

2.21 FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE 248

2.22 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 264

2.22.1 **Proposta Para Regimento Interno Da Unidade Pronto Atendimento** 264

2.22.2 Proposta para Regimento do Corpo Clínico 279

2.22.3 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem 298

2.1.23.4 Proposta de Implantação de Serviços de Registros Eletrônico de Atividades Assistenciais da Unidade 315

2.23 IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS 320

2.23.1 Proposta de Integração Gerencial das Unidades 320

2.23.2 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos 323

2.23.3 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira 341

2.23.4 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para o Almoxarifado e Patrimônio .. 348

2.23.5 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para o Patrimônio 361

3. QUALIDADE OBJETIVA 381

3.1 COMISSÕES 381

3.1.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários. 384

3.1.2 Comissão de Verificação de Óbitos 392

3.1.3 Comissão de Ética Médica 402

3.1.4 Comissão de Ética em Enfermagem 414

3.1.5 Comissão Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) 426

3.1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA 442

3.1.7 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT) 451

3.1.8 Comissão de Farmácia e Terapêutica 464

3.1.9 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde 470

3.1.9.1 Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde 476

3.1.10 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) 478

3.1.11 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Unidade de Pronto Atendimento (Hospitalar) ... 497

3.1.12 Núcleo Interno de Regulação (NIR) 503

3.1.13 Comissão de Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Neonatais. 510

3.2 OUTRAS COMISSÕES QUE PROPUSER NA PROPOSTA DE TRABALHO 511

3.2.1 Grupo Técnico Humanização (GTH)..... 511

3.3 ACCR 520

3.3.1 Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco: Equipe necessária a Sistemática de Trabalho, Horário de Funcionamento. 520

3.4 APRESENTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO CONFORME O PERFIL DAS UNIDADES. CASO O PROTOCOLO NÃO TENHA SIDO ELABORADO PELO PROPONENTE, DEVERÁ SER APRESENTADA DECLARAÇÃO DE PROFISSIONAL MÉDICO E DE ENFERMEIRO QUE OS PROTOCOLOS ATENDEM AO PERFIL DAS UNIDADES. 520

3.4.1 Protocolos Clínicos – Atendimento Imediato PCR..... 522

4. QUALIDADE SUBJETIVA.....523

4.1 OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE QUE O ENTE INTERESSADO JÁ TENHA EM DESENVOLVIMENTO OU PENSE INICIAR SUA IMPLANTAÇÃO. NESTE CASO, DEVE-SE APRESENTAR UM PLANO DE ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICO COM DEFINIÇÃO DE ALCANCE, METODOLOGIA, CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO, ORÇAMENTO PREVISTO ETC. 524

4.1.1 Telemedicina 524

4.1.2 Serviço de Análise de Potabilidade da Água..... 528

4.1.3 Dedetização, Desratização, Desinsetização, Limpeza de Caixa D'agua e Caixa de Gordura, em Conformidade com a Legislação Sanitária..... 532

4.2 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO AO PASSAR PELA UNIDADE DE SAÚDE 536

4.2.1 Como estruturará a Informação aos Usuários (Usuários e Familiares) Acerca do Processo de Atenção, tanto em Aspectos Prévios (em Quantos Serviços Implantará o Consentimento Informado) e, especialmente, a Informação Durante o Processo de Atenção (Lugares onde se efetuará a Informação; Horários e Frequência da Informação, para cada uma das Clínicas)...... 537

4.2.2 Como Pesquisará a Opinião ou Nível de Satisfação do Usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas 541

4.2.3 Políticas de Humanização: Como Desenvolverá os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para Gestão de Leitos, Acolhimento com Classificação de Risco, dentre outros549

5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICO 556

5.1 EXPERIÊNCI A ANTERIOR 556

5.1.1 Contrato De Gestão Com O Poder Público De Unidades Hospitalares..... 556

5.1.2 Comprovação experiência prévia na condição de mantenedora de hospital filantrópico, em conformidade com a Portaria nº 2.567/2016 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para hospitais integrantes da rede filantrópica do SUS 556

5.1.3 Unidade de Pronto Atendimento experiência em gestão de UPA 556

5.2 ESTRUTURA DIRETIVA DA UNIDADE 556

5.2.1 Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, diretoria geral, técnica, administrativa/financeira, assistencial/gerência de enfermagem, de titulação de especialista em administração hospital ou saúde coletiva. 556

5.2.2 Apresentação De Organograma Com Definição Das Competências De Cada Membro Do Corpo Diretivo. 557

5.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS 565

5.3.1 Descrição da Organização das diferentes clínicas. 565

5.3.2 Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a unidade 565

5.3.3 Horários de atividade de urgências, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso) 570

5.3.4 Especialmente descrever as unidades de salas de cirurgia; urgências e ambulatórios. . 572

5.3.5 Descrição da organização das unidades de internação (Enfermaria) 573

5.3.6 Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da secretaria de estado da saúde 573

5.3.7 Descrição de como o proponente estabelecerá a Contra–Referência com a atenção primária e com outros hospitais. 575

5.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS 576

5.4.1 A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS, O ENTE INTERESSADO DEVERÁ APRESENTAR, ENTRE OUTRAS, AS SEGUINTES INFORMAÇÕES: DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO, BEM COMO HORÁRIOS DE TRABALHO; ESTRUTURA DE CHEFIA; MEMBROS E VÍNCULO COM A UNIDADE. 576

5.4.1.1 Organização das atividades administrativas e de apoio 576

5.4.1.2 Serviço de Contabilidade 577

5.4.1.3 Serviço Patrimonial 578

5.4.1.4 Serviço de Engenharia Clinica 579

5.4.1.5 Serviço de Faturamento Hospitalar/ Estatística/ SAME 580

5.4.1.5.1 Faturamento - Incremento de Receita (INOVAÇÃO) 581

5.4.1.5.2 Serviço Arquivo de Prontuário e Estatística (SMAE) 583

5.4.1.6 Serviço Financeiro 586

5.4.1.7 Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) 588

5.4.1.8 Serviço de Processamento de Roupas (SPR) 590

5.4.1.9 Serviço de Manutenção Predial e de Equipamentos 593

5.4.1.10 Serviço de Nutrição Dietética (SND) 596

5.4.1.11 Serviço de Recepção 599

5.4.1.12 Serviço de Segurança Patrimonial e Controlador de Acesso 600

5.4.1.13 Serviço de Suprimentos (Farmácia, Almoxarifado, Compras) 601

5.4.1.14 Serviço de Tecnologia da Informação 606

***5.4.1.15* Serviço de Segurança do Trabalho** 608

5.4.1.16 *Serviço de Remoção (Ambulância SBV)* 609

5.5 RESPONSABILIDADE SOCIAL 610

5.5.1 Ações de Responsabilidade Social a ser Desenvolvida Pela Proponente 610

6. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS 612

6.1 Na organização dos recursos humanos, a organização social interessada deverá apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de cada profissional e a forma de contratação, esclarecendo se será celetista, por pessoa jurídica interposta ou terceirizado, inclusive apresentando as políticas de gestão de recursos humanos e proposta de regulamento próprio de seleção e contratação de pessoal. 613

6.2 ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS 621

6.2.1 *Alocação por Tipo de Despesa* 622

6.2.1 Detalhamento do custeio de gasto com pessoal e seus reflexos; 622

6.2.3 Detalhamento do custeio com os materiais de consumo necessários a manutenção dos serviços; 622

6.2.4 Detalhamento do custeio dos serviços prestados por terceiros; 622

6.2.5 Consideração do percentual de até 5% (cinco por cento) da receita liquida com despesa compartilhada; 622

6.2.6 Detalhamento do custeio das alterações contratuais em decorrência das datas bases das categorias e os aspectos macroeconômico do país. 622

6.3 ALOCAÇÃO PARA ATIVIDADE DE QUALIDADE E SEGURANÇA 622

6.3.1 Detalhamento do custeio das ações da política de educação continuada. 622

6.3.2 Detalhamento do custeio para o serviço de ouvidoria. 622

6.3.3 Detalhamento do custeio das comissões técnicas (revisão de prontuário, revisão de óbito, controle de infecção, segurança do paciente, ética de enfermagem, ética médica, farmácia terapêutica, humanização, vigilância epidemiológica e gerenciamento de resíduos). 622

6.3.4 Detalhamento do custeio da política de segurança dos processos de gerenciamentos de saúde. 622

6.3.5 Detalhou o custeio das ações voltadas para acreditação pela ONA da unidade de acordo com a vigência do contrato, pelo menos do nível I. 622

7. METODOLOGIA DA PROPOSTA 623

7.1 Atendimento a todos os pontos do roteiro proposto. 623

7.2 Apresentação da proposta de forma objetiva e concisa. 623

7.3 Definições claras das estratégias de implantação e implementação da proposta, com resultados factíveis. 623

ANEXOS

Anexo: 01 - Modelo de Manual Central de Materiais Esterilizados (a ser adequado de acordo com a necessidade da Instituição).

Anexo: 02 – Modelo de Manual de Prevenção de Infecção (a ser adequado de acordo com a necessidade da Instituição).

Anexo: 03 – Modelo de Manual de Segurança do Paciente e Protocolo das Metas de Segurança do Paciente (a ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição).

Anexo: 04 - Protocolos Clínicos.

Anexo: 05 - Contrato de Gestão com o Poder Público de Unidades Hospitalares.

Anexo: 06 - Comprovação Experiência Prévia na Condição de Mantenedora de Hospital Filantrópico, em Conformidade com a Portaria Nº 2.567/2016 Do Ministério da Saúde, que Estabelece Diretrizes para Hospitais Integrantes da Rede Filantrópica do SUS.

Anexo: 07 - Unidade de Pronto Atendimento Experiência em Gestão de UPA.

Anexo: 08 - Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, Diretoria Geral, Técnica, Administrativa/Financeira, Assistencial/Gerência de Enfermagem, de Titulação de Especialista em Administração Hospital ou Saúde Coletiva.

Anexo: 09 - Modelo de Manual de Patrimônio (a ser adaptado conforme necessidade da Instituição).

Anexo: 10 – Modelo de Manual de Almoxarifado (a ser adaptado conforme necessidade da Instituição).

Anexo: 11 - Detalhamento do Custeio das Alterações Contratuais em Decorrência das Datas Bases das Categorias e os Aspectos Macroeconômico do País.

Anexo: 12 - Detalhou o Custeio das Ações Voltadas para Acreditação pela ONA da Unidade de Acordo com a Vigência do Contrato, pelo Menos do Nível I.

1. TÍTULO

Proposta técnica para gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, localizada na Rua João Alves Filho, 22 - Centro, em Tobias Barreto (SE), Chamamento Público nº 004/2025-SES/SE – processo: 15365/2025 – Edital – SES.

Tipo: Melhor técnica e preço, e seus anexos

1.2 APRESENTAÇÃO DA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE (BHCL)

A Beneficência Hospitalar Cesário Lange – BHCL, sediada no município que lhe nomina, nasceu do anseio de pessoas que se uniram para garantir atendimento de saúde de qualidade aos usuários. Foi fundada em 07 de julho de 1977 e registrada perante o Oficial de Registro de Imóveis, Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Tatuí em 27 de novembro de 1978 sob o número 57-A. Inicialmente recebeu a denominação de Santa Casa de Misericórdia de Cesário Lange. Após a construção de suas instalações, a obra de caridade começou a operar com recursos de seus mantenedores. Data de 09/07/1985 a inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo de número 904548.

A entidade recebeu, por força da Lei Municipal nº 336, de 26 de agosto de 1982 a Declaração de Utilidade Pública Municipal e no âmbito estadual, por força do Decreto Estadual nº 46.015, de 20 de agosto de 2001. Possui Cadastro ativo e atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde –CNES, desde 25 de fevereiro de 2003, sob o nº 2082780.

Possui também inscrição perante o Conselho Regional de Administração sob o nº 023050.

Desde o ano de 2003 a entidade recebe subvenção do Município de Cesário Lange para manutenção de atendimento, segundo as normativas SUS.

Atualmente, além do atendimento filantrópico e de subvenções recebidas pelo Município, mantém dois Termos de Convênio vigentes com o Município, conforme

cópia autenticada do Atestado de Capacidade Técnica, anexo a este Plano de trabalho, cujo objeto abaixo se relaciona.

Convênio 01/2016: Execução de serviços médicos hospitalares compreendidos pela utilização dos usuários do SUS/SP de toda a sua capacidade instalada e equipamentos médicos hospitalares que dispõe.

Convênio 02/2016: Gerenciamento e execução dos serviços médicos nas Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de Especialidades Médicas do Município. Cópias dos Termos de Convênio acima citados, seus planos de trabalho e respectivos aditivos são anexos e parte integrante do presente plano de trabalho, podendo ser conferidas no sítio eletrônico do Município de Cesário Lange, acessível em. *https.//portaltransparencia.sistemas4r.com.br*.

Além das cópias das leis do Município de Cesário Lange, supracitadas, que demonstram a subvenção do Executivo para a manutenção dos serviços médico-hospitalares desde o ano de 2003, relacionamos os seguintes instrumentos contratuais:

1) **Convênio nº 02/2014**, entabulado com o Município de Cesário Lange, assinado em 09.01.2014

2) **Convênio nº 001/2016**, entabulado com o Município de Cesário Lange, assinado em 28.01.2016 e ainda vigente.

A seguir, relacionamos as unidades de saúde, no município de Cesário Lange, onde são executadas atividades em Atenção Primária e atendidas por meio do Convênio 02/2016.

- Unidade Central de Regulação SMS
- UBS I Bairro dos Torninos
- UBS I Fazenda Velha
- UBS IV Lázaro Mendes de Castanho
- Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Maurício

Diante da experiência adquirida nas ações e serviços de saúde que vem desenvolvendo ao logo de seus 41 anos de existência, o Conselho de Administração e seus Diretores houveram por bem estender sua experiência a atual forma de consecução dos serviços de saúde, na sua forma complementar, como previsto pela Constituição Federal.

Assim, tem se alçado à qualificação em diversos Município do Estado de São Paulo e outros Estados da Federação, logrando êxito pela sua forma de constituição desde o início da sua existência.

Em razão do atendimento SUS, nos termos preconizados pela Lei nº 12.101/2009, à entidade foi conferida a certificação como Entidade Beneficente Assistencial em Saúde - CEBAS/SAÚDE.

Objetivos da Organização Social

- Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, implantando uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde.
- Priorizar as ações de prevenção, promoção e a divulgação de informações sobre higiene e qualidade de vida;
- Deslocar o atendimento de atenção básica dos hospitais para as Unidades Básicas de Saúde;
- Desenvolver ações intersetoriais para viabilização da melhoria da qualidade da saúde da população, através da análise de indicadores de saúde;
- Levantar junto à comunidade diagnósticos demográficos, socioeconômico e cultural, de forma a trabalhar dentro de parâmetros e prioridades reais com base em um Plano Municipal de Saúde.

Missão:

Serviços e soluções de excelência

Visão:

Ser referência pela liderança e serviços em saúde.

Valores:

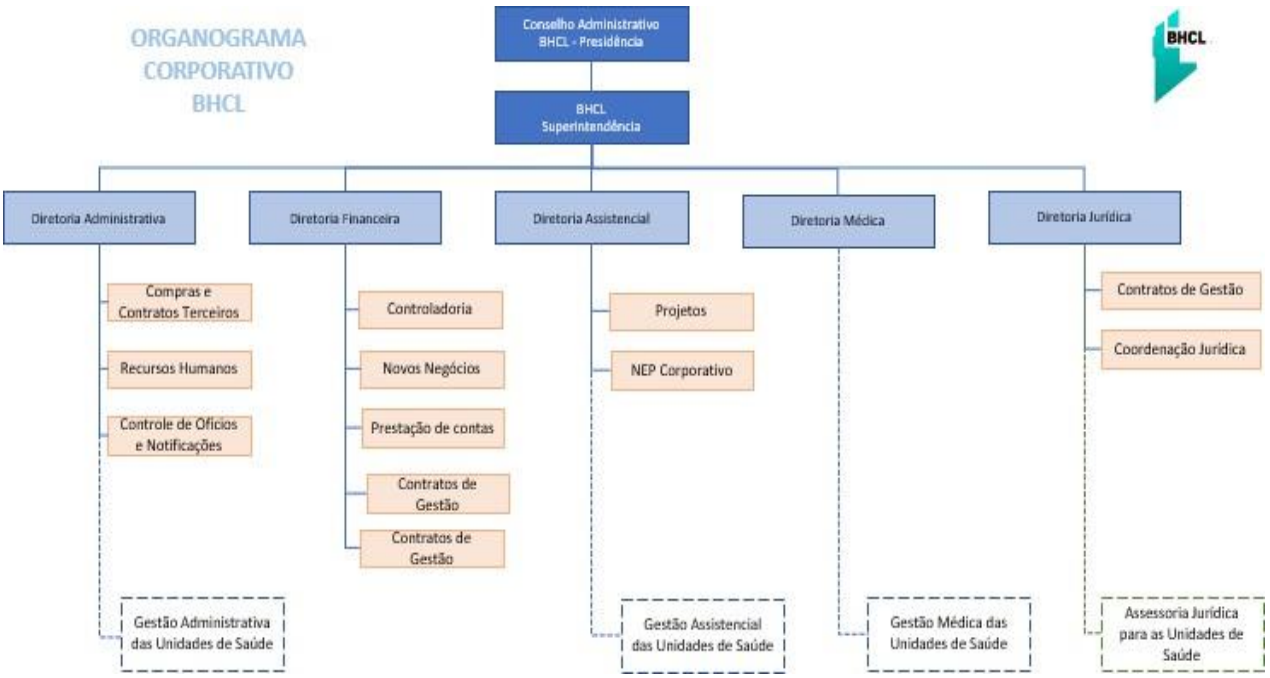
Transparência

Humanização

Foco nos resultados

Valorização dos Recursos Humanos

Organograma Institucional



2. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DAS UNIDADES

2.1 MODELO GERENCIAL

2.1.1 A Caracterização do Modelo Gerencial que será implantado

A organização funcional e operacional dos diferentes Serviços de Saúde deve estar fundamentada nos princípios da **universalidade, integralidade e equidade**, assegurando a prestação de cuidados baseados no acolhimento humanizado, na vigilância à saúde e na valorização da experiência do usuário.

No funcionamento cotidiano das unidades, os responsáveis pela gestão devem desenvolver ações estratégicas integradas à equipe multiprofissional, com base na identificação de problemas e não conformidades nos diversos setores. A partir desse diagnóstico, deve ser elaborado um Plano de Ação contendo as competências e responsabilidades de cada profissional ou setor, os recursos necessários para a

execução, os prazos definidos e os indicadores de monitoramento específicos para cada ação.

A gestão deve acompanhar todo o processo de implantação, assegurar a execução das ações propostas e realizar a avaliação dos resultados obtidos em comparação com os resultados previstos, conforme os prazos estabelecidos no plano.

A execução das ações deve ser conduzida pelos profissionais das equipes de saúde dentro de suas respectivas competências, com o objetivo de qualificar a assistência ao usuário em todos os níveis de complexidade, sob a supervisão da gerência da unidade. As Unidades de Saúde devem organizar a oferta de serviços com base no perfil da demanda atendida, na infraestrutura disponível e na capacidade instalada de atendimento.

O acesso do usuário aos serviços deve ser organizado desde sua chegada à unidade, seja por meio de agendamento, demanda espontânea, urgência ou emergência, sempre com acolhimento humanizado e Classificação de Risco conforme o protocolo estabelecido, priorizando a segurança, agilidade e resolutividade das demandas apresentadas.

A coordenação do cuidado deve ocorrer de forma longitudinal e articulada, e a assistência prestada deve estar alinhada às políticas públicas de saúde**,** protocolos clínicos, diretrizes técnicas e normativas estabelecidas ou indicadas pela Secretaria de Saúde.

Preferencialmente, o atendimento ao usuário deve iniciar-se pela recepção da Unidade de Saúde, com escuta qualificada de sua demanda. A partir dessa avaliação, o usuário será encaminhado às modalidades de atendimento pertinentes, tais como:

- Acolhimento;
- Classificação de Risco;
- Consultas médicas;
- Consultas de enfermagem;
- Consultas com profissionais da equipe multiprofissional (psicólogos, assistentes sociais, entre outros);
- Realização de exames laboratoriais e de imagem (raio-X, ultrassonografia, eletrocardiograma, entre outros), conforme critérios clínicos e protocolos estabelecidos;
- Vigilância em Saúde, com notificação e, quando necessário, acompanhamento dos agravos de notificação compulsória;
- Encaminhamento para demais serviços da rede, conforme necessidade.

Além da assistência direta, os setores de apoio das Unidades de Saúde também devem estar organizados e qualificados para garantir a infraestrutura necessária à segurança e qualidade do atendimento. Esses setores incluem a Farmácia e Almoxarifado, Apoio Administrativo (como Gerência, Recepção e SAME), Recursos Humanos, Remoção, Expurgo e Esterilização, Serviço de Nutrição e Dietética, Higiene e Limpeza, bem como as comissões existentes na unidade.

A comunicação eficaz entre os membros da equipe, entre as unidades e com os usuários é um elemento central para o sucesso das ações de saúde. A BHCL compreende que a efetividade dos serviços está diretamente relacionada à qualidade da comunicação institucional. Por isso, serão estabelecidas ações que promovam uma comunicação clara, acessível e resolutiva, valorizando o capital humano, e implementando práticas e estratégias organizacionais que orientem a gestão e a tomada de decisão.

Esse modelo de gestão integrada e colaborativa é fundamental para assegurar a eficiência, a produtividade e a capacidade de adaptação das unidades frente às mudanças constantes do sistema de saúde, sendo também o eixo estruturante do Plano de Trabalho Institucional.

Dessa forma, reafirma-se o compromisso institucional com a excelência na gestão dos serviços de saúde, promovendo a integração entre os diferentes setores, a escuta ativa das equipes e dos usuários, e a busca contínua pela qualificação da atenção prestada. A sustentabilidade das ações dependerá do monitoramento constante, da capacitação permanente dos profissionais e do fortalecimento da cultura organizacional voltada para resultados, assegurando que cada etapa do cuidado seja pautada pela ética, responsabilidade e foco na melhoria da qualidade de vida da população atendida.

Além disso, é fundamental reconhecer o papel da participação social na consolidação de um sistema de saúde mais democrático, inclusivo e eficaz. A escuta ativa da comunidade e o fortalecimento do vínculo entre os usuários e os serviços contribuem para a construção de uma atenção compartilhada e corresponsável. Essa aproximação fortalece a confiança no sistema público de saúde, amplia o acesso e favorece o desenvolvimento de soluções mais adequadas às realidades locais, promovendo, assim, a efetivação de uma Rede de Atenção à Saúde integrada, resolutiva e centrada nas necessidades da população.

2.1.2 Modo de Fazer a Gestão

Para definirmos o modelo de gestão é fundamental mantermos a conscientização na mudança de conceito em saúde através da sanção da Lei nº 8.080/ 1990, representou um marco decisivo para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ao regulamentar os dispositivos constitucionais relativos à saúde, especialmente os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. O principal objetivo dessa lei foi estabelecer as diretrizes para a organização e funcionamento do SUS, que visa garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para toda a população brasileira. A partir de seus conceitos fundamentais, a Lei nº 8.080 propõe um sistema de saúde que assegura a todos os cidadãos o direito ao cuidado integral, incluindo promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

A lei se baseia em princípios essenciais como universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação social, e regionalização e hierarquização. A universalidade garante que todos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição social, econômica ou geográfica. A equidade implica que o sistema de saúde deve atuar de forma a atender desigualmente os desiguais, priorizando as populações mais vulneráveis. A integralidade assegura que o cuidado seja completo, abordando todas as dimensões da saúde do indivíduo.

A descentralização garante que a gestão do SUS seja compartilhada entre os diferentes níveis de governo, federal, estadual e municipal, permitindo que as decisões sejam mais alinhadas com as necessidades e realidades locais de cada região. Além disso, a participação social fortalece a ideia de que a população tem direito a influenciar as políticas públicas de saúde, por meio dos Conselhos de Saúde, garantindo maior transparência e controle social.

Por fim, a regionalização e hierarquização organizam o SUS em uma rede de serviços que vai desde a atenção básica até os cuidados de alta complexidade, distribuindo-os de forma estratégica nas diversas regiões do país para atender as especificidades locais e garantir um atendimento eficiente.

Em suma, a Lei nº 8.080, ao regulamentar o SUS, estabelece um sistema de saúde organizado e acessível, que visa atender a população de forma integral, equitativa e descentralizada, respeitando as diversidades regionais e garantindo a participação ativa da sociedade na construção das políticas de saúde pública.

Essas são as abordagens metodológicas que deram base ao modelo de gestão, e que por conseguinte foram incorporadas a este projeto, foram escolhidas por sua ampla adoção e eficácia no meio corporativo. Tais abordagens são amplamente abordadas em fontes acadêmicas e especializadas nos campos da administração e da saúde. Os diversos recursos e ferramentas aplicadas no projeto foram elaboradas e criadas pela Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), visando atender de maneira eficaz aos requisitos específicos do projeto, a legislação e assegurar o sucesso na implementação das estratégias de gestão.

A Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) é uma organização social que se destaca pela sua gestão inovadora e eficaz na área assistencial. Baseada em valores fundamentais, a instituição não só assegura a eficiência operacional, mas também se estabelece como uma referência de boa governança no setor de saúde. O modelo de gestão do BHCL é orientado por princípios que promovem soluções criativas e adaptáveis, contribuindo para a transformação da saúde no país.

Sua abordagem é centrada na excelência em todos os níveis de operação, priorizando a valorização humana, tanto dos profissionais quanto dos pacientes, e investindo continuamente em tecnologia de ponta. A organização busca oferecer um atendimento de altíssima qualidade, onde o cuidado com a saúde vai além do físico, refletindo também no bem-estar emocional e social dos pacientes.

Além disso, o Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) tem como foco a melhoria contínua e a inovação, com uma gestão que integra conhecimento técnico e humano, assegurando uma experiência assistencial que prioriza o cuidado integral e a satisfação do usuário. Esse compromisso com a excelência coloca o Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) como um modelo de gestão assistencial, reconhecido pela qualidade dos serviços prestados e pelos impactos positivos na saúde da comunidade.

A melhoria na qualidade proposta pela Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) inclui a valorização e o respeito tanto ao paciente quanto ao profissional, promovendo um atendimento humanizado. Além disso, busca adotar estratégias que atendam às crescentes demandas e necessidades da população.

O modelo de gestão sugerido para as unidades de saúde visa a descentralização das decisões, o compartilhamento de autoridade e a criação de uma estrutura dinâmica, com forte interdependência entre os serviços. Essa abordagem implica a necessidade de mudanças contínuas e adaptações para atender às exigências do ambiente.

A assistência na unidade de saúde é, por sua natureza, multidisciplinar, exigindo a colaboração de diferentes profissionais de saúde. O cuidado, portanto, resulta de uma série de ações complementares e acordadas entre os diversos profissionais envolvidos, que juntos formam a rede de assistência que compõe o cuidado em saúde. Esse processo envolve uma complexa combinação de atos, procedimentos, fluxos e saberes, estruturados de maneira coordenada.

A qualidade do atendimento não se limita à eficiência técnica, mas também envolve a percepção do usuário, sendo refletida, entre outros aspectos, pela humanização no atendimento, pela eficácia administrativa, pela adequação das instalações físicas e pela agilidade e pontualidade no atendimento.

Para o gestor de saúde, um elemento essencial para alcançar a qualidade no atendimento é a capacidade de resolver as demandas dos usuários de maneira eficiente.

O **modelo de gestão** instituído na Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), está baseado como estrutura fundamental para as práticas administrativas, decisões estratégicas, forma como os recursos são alocados e coordenados para alcançar os objetivos estabelecidos. Com reflexos na interação das lideranças e os profissionais, sobretudo, como a organização se adapta aos desafios dos processos externo e interno.

Fundamentado no modelo de gestão, a eficiência e eficácia são pilares essenciais para melhorar resultados financeiros, garantir um ambiente de trabalho harmonioso e produtivo, desenvolvendo os talentos, inovação e mantendo a cultura organizacional preservada. De acordo com seu porte, especificações, área de atuação e objetivos estratégicos, mas todos devem ser adaptados às necessidades específicas da Unidade de Saúde e seus usuários de maneira eficaz e humanizada.

A gestão e operacionalização de uma Unidade de Pronto Atendimento, exige um modelo gerencial específico ao seu perfil e que se adapte às necessidades dos pacientes, das famílias e dos profissionais de saúde. As características desse modelo gerencial devem estar projetadas para garantir o atendimento de qualidade, humanizado e eficiente. A seguir, está descrito algumas das principais características do modelo gerencial para a gestão conforme os princípios da OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), que se consolida em:

Gestão humanizada e focada no paciente centrado no bem-estar dos pacientes, considerando suas necessidades emocionais, psicológicas e sociais.

Isso implica em:

A gestão humanizada no contexto da unidade de saúde é uma abordagem que prioriza o cuidado integral dos pacientes, levando em consideração não apenas suas necessidades físicas, mas também emocionais, psicológicas e sociais. O modelo de gestão busca promover um ambiente acolhedor, empático e respeitoso, no qual os profissionais de saúde se dedicam a tratar o paciente como um ser humano completo, e não apenas como um caso clínico, refletindo na forma como os profissionais interagem com os pacientes e suas famílias, criando vínculos de confiança e proporcionando um atendimento de qualidade, que vai além do simples tratamento assistencial, por estabelecer uma comunicação clara, respeitosa e atenta às necessidades de cada pessoa, desde o primeiro contato, seja na recepção ou nas consultas iniciais, até o acompanhamento contínuo, o objetivo é que todos se sintam valorizados, compreendidos e seguros em todo o processo.

Um dos principais pilares da gestão humanizada é a empatia, profissionais devem ser capazes de se colocar no lugar do paciente e de seus familiares, compreendendo suas angústias, medos e necessidades. Isso envolve, por exemplo:

- O cuidado com a forma de transmitir diagnósticos, sempre explicando de maneira clara e simples, respeitando o momento emocional de quem está recebendo a notícia.
- Empatia também deve estar presente na maneira como o paciente é tratado durante os procedimentos e nas interações diárias com a equipe hospitalar.
- Valorização do paciente como protagonista de sua própria saúde.

Na visão da OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) a gestão humanizada busca envolver o paciente e familiar no processo de decisão sobre o tratamento, oferecendo-lhe informações completas sobre as opções disponíveis e respeitando suas escolhas. Essa participação ativa não só fortalece o vínculo com a equipe de saúde, mas também contribui para uma recuperação mais eficaz, pois o estará mais seguro, confiante e responsável pelo seu próprio cuidado.

A qualidade da comunicação deve ser um elemento central da gestão humanizada, a partir da confiança mútua poderemos manter um canal aberto e transparente entre os profissionais de saúde e os familiares, sendo fundamental para criar um ambiente harmonioso e seguro. Entendemos que as informações sobre o estado de saúde do paciente, as etapas do tratamento e os cuidados necessários devem ser compartilhadas de forma contínua, e os profissionais devem estar disponíveis para esclarecer dúvidas e prestar apoio emocional sempre que necessário.

Profissionais deve desenvolver o domínio técnico e cientifico, como também serem capacitados em habilidades emocionais e sociais, como a comunicação não violenta, a escuta ativa e a gestão do estresse, para lidar com as situações desafiadoras que surgem em um ambiente na unidade de saúde, como estratégia essencial para garantir que a gestão humanizada seja efetivamente implementada.

Para implementarmos nosso modelo de gestão humanizada, algumas ações devem ser priorizadas no cuidado integral dos pacientes e a valorização dos profissionais de saúde. Algumas ações essenciais incluem:

- Promoção de treinamentos regulares sobre empatia, comunicação eficaz e escuta ativa, para que todos os profissionais estejam preparados para lidar com as necessidades emocionais e psicológicas dos pacientes e familiares.
- Tratar cada paciente com respeito e dignidade, considerando suas necessidades físicas, emocionais, culturais e sociais.
- Estabelecer canais de comunicação transparentes e acolhedores com os pacientes e familiares, garantindo que as informações sobre o tratamento sejam transmitidas de maneira clara, simples e sensível.
- Oferecer apoio psicológico para os pacientes e seus familiares, ajudando a reduzir a ansiedade e o estresse durante o tratamento e a internação.
- Criar um ambiente hospitalar confortável, acessível e livre de barreiras, que favoreça a recuperação emocional e física dos pacientes, com espaços que promovam a privacidade e o bem-estar.
- Reconhecer o trabalho dos profissionais, promovendo uma cultura de colaboração e respeito dentro da equipe, para que todos se sintam motivados e comprometidos com a qualidade do atendimento.
- Implementar práticas de acolhimento imediato e sensível, principalmente em emergências, para que o paciente se sinta seguro e cuidado desde o primeiro contato.

Essas ações ajudam a criar um ambiente assistencial mais humano, onde o cuidado vai além do tratamento físico, promovendo o bem-estar integral de todos os envolvidos.

Integração multidisciplinar é um modelo de trabalho que visa promover uma abordagem colaborativa entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento, com o objetivo de oferecer um cuidado mais completo, eficiente e humanizado ao paciente. Neste modelo de trabalho valorizamos a contribuição de diferentes especialidades, como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos e outros profissionais da saúde.

Cada um desses profissionais traz uma visão única e uma abordagem específica para o cuidado, mas, quando atuam de forma integrada, suas competências se complementam, resultando em uma assistência mais eficaz e centrada no paciente.

A integração multiprofissional inicia-se no momento do diagnóstico, onde os diversos especialistas discutem os casos de forma colaborativa para traçar o melhor plano terapêutico para o paciente, ou seja, cada profissional contribui com seu conhecimento específico para oferecer uma visão holística do quadro clínico.

Uma das principais vantagens desse modelo é a comunicação contínua e o compartilhamento de informações entre os membros da equipe. Isso reduz o risco de falhas no tratamento, evita redundâncias e conflitos entre diferentes abordagens e melhora a coordenação geral. A troca de informações permite que cada membro da equipe tenha um panorama mais completo sobre o paciente e sua patologia, garantindo decisões mais precisas, alinhadas as melhores estratégias para o cuidado.

Além disso, a integração multiprofissional contribui diretamente para o bem-estar do paciente e sua família. Esse envolvimento familiar, quando bem conduzido, também pode acelerar o processo de recuperação do paciente, já que os familiares se tornam aliados ativos no cuidado.

Outro ponto importante está em trabalhar de forma colaborativa em uma equipe diversificada oferece aos profissionais de saúde a oportunidade de aprender uns com os outros, aprimorando suas habilidades técnicas e emocionais. Isso também cria um ambiente de trabalho mais motivador e enriquecedor, promovendo o desenvolvimento de uma cultura de aprendizado constante e respeito mútuo.

Facilita a implementação de protocolos de cuidado mais eficientes e fundamentados nas melhores práticas. Ao reunir diferentes perspectivas, é possível criar estratégias de atendimento mais bem estruturadas, que atendem não só às necessidades clínicas do paciente, mas também às suas necessidades emocionais, sociais e até espirituais, especialmente em ambientes de cuidados complexos, como o setor de urgência/ emergência.

Para obtermos uma implementação eficaz na integração multiprofissional, algumas ações são essenciais, como:

- Realização encontros regulares entre profissionais de diferentes áreas (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistente social, entre outros), estabelecendo a visita multiprofissional, para discutir casos clínicos, alinhar e planejar as estratégias de tratamento e garantir uma abordagem coordenada.

- Promovendo canais de comunicação eficientes, como plataformas digitais ou reuniões interativas, para facilitar o compartilhamento de informações entre os membros da equipe e garantir que todos estejam atualizados.
- Estabelecendo claramente as funções e responsabilidades de cada profissional no cuidado do paciente, evitando sobrecarga de tarefas e garantindo que todas as necessidades do paciente sejam atendidas.
- Desenvolvendo protocolos clínicos referenciados pelo perfil epidemiológico da unidade de saúde, que envolvam diferentes especialidades e garantam que o atendimento seja contínuo e de qualidade, com a participação ativa de todos os membros da equipe.
- Propagando uma cultura de respeito mútuo e colaboração entre os profissionais, valorizando o conhecimento e as contribuições de cada área para o tratamento do paciente.
- Fornecendo treinamentos conjuntos, promovendo a integração das equipes e melhorando a compreensão sobre o papel de cada profissional, facilitando a colaboração interdisciplinar.

Acreditamos que estas ações ajudam a criar uma equipe multiprofissional coesa, onde o cuidado é holístico e centrado no paciente, melhorando a qualidade do atendimento e os resultados clínicos.

A tecnologia e a inovação têm transformado profundamente o setor de saúde, proporcionando novas formas de diagnóstico, tratamento e gestão de unidades de saúde. No contexto hospitalar, essas áreas não apenas melhoram a eficiência e a qualidade dos serviços prestados, mas também ajudam a criar uma experiência mais personalizada e humanizada para os pacientes. A integração de novas tecnologias, quando bem implementada, pode revolucionar a maneira como os cuidados de saúde são oferecidos, promovendo um ambiente mais seguro, rápido e acessível.

- Avanços no diagnóstico e tratamento, uma das maiores contribuições da tecnologia à medicina é o avançado diagnóstico, com ferramentas que têm permitido aos médicos analisar grandes volumes de dados e identificar padrões que muitas vezes não são percebidos na análise humana.
- A automação de processos tem se expandido dentro das unidades assistenciais, desde a administração até os cuidados diretos com os pacientes. Ferramentas como sistemas de prontuário eletrônico (PEP) e gestão de estoque automatizada têm facilitado o gerenciamento em unidades de saúde, tornando-o mais eficiente e reduzindo erros humanos. Sistemas de gestão hospitalar (HIS - Hospital Information System) permitem que integrarem

informações de diferentes áreas. Isso resulta em uma visão global e centralizada da saúde do paciente, melhorando a coordenação de cuidados, a alocação de recursos e a comunicação entre os profissionais de saúde.

- A tecnologia também tem contribuído para melhorar a experiência do paciente durante seu atendimento na unidade de saúde.
- A segurança dos dados dos pacientes é uma preocupação crescente com a digitalização dos processos de saúde. A tecnologias inovadoras que tem sido explorada para garantir a integridade e a segurança das informações médicas.
- A inovação tecnológica não se limita à melhoria da qualidade do atendimento, mas também à sustentabilidade e redução de custos no ambiente da unidade de saúde, como uso de energia renovável, sistemas de reciclagem de materiais médicos e tecnologias para otimização do consumo de energia e recursos tem permitido que as unidades de saúde se tornem mais ecológicos e sustentáveis.

Para implementar inovação tecnológica, inicialmente precisamos entender as necessidades imediatas, para que sejam planejadas as ações, que em muitas vezes depende de investimentos e liberação de recursos financeiros ainda não planejado, abaixo segue algumas ações:

- Identificação das áreas que podem ser beneficiadas pela tecnologia, como gestão de dados, comunicação entre equipes ou melhoria no atendimento ao paciente.
- Investimentos em tecnologias como prontuários eletrônicos, telemedicina, inteligência artificial para diagnósticos e sistemas de gestão em saúde, alinhadas às necessidades da unidade de saúde.
- Capacitação da equipe para usar novas ferramentas tecnológicas, garantindo que todos os profissionais saibam como operar os sistemas de forma eficaz.
- Integração de sistemas, garantindo que diferentes tecnologias na unidade de saúde (como sistemas de gestão, diagnósticos e prontuários eletrônicos) sejam integradas, facilitando o fluxo de informações entre os profissionais e contratante.
- Desenvolver uma cultura organizacional que valorize a inovação, permitindo a implementação gradual de novas tecnologias e o acompanhamento dos resultados para melhorias contínuas.
- Definição e criação de protocolos rígidos de segurança cibernética e privacidade de dados para proteger as informações dos pacientes.

Foco na Qualidade e Segurança do Paciente, são pilares da gestão que deve estar centrados na criação de protocolos e na implementação de medidas de segurança que protejam os pacientes durante todo o processo de internação. Estes protocolos devem conter embasamento criteriosos, específicos e objetivos para o atendimento do perfil epidemiológico da unidade de saúde com atendimento especializado, administração de medicamentos, cuidados imediatos, vigilância epidemiológica e prevenção de infecções relacionadas a assistência em saúde (IRAS).

A implementação de sistemas de monitoramento e avaliação de desempenho, permite a melhoria contínua dos serviços prestados, com foco na redução de erros médicos e aumento da satisfação dos pacientes e seus familiares.

Ao desenvolver processos para a implementação de qualidade e segurança do paciente, através de:

- Criar e seguir protocolos clínicos baseados nas melhores práticas e diretrizes, garantindo que os cuidados sejam padronizados e seguros.
- Oferecer treinamentos regulares sobre segurança do paciente, prevenção de erros e boas práticas de atendimento, garantindo que todos os profissionais estejam atualizados.
- Implementar sistemas de auditoria e indicadores de qualidade, como taxas de infecção, eventos adversos e satisfação do paciente, para avaliar e melhorar continuamente o atendimento.
- Estimular uma cultura organizacional que priorize a segurança do paciente, incentivando a comunicação aberta, a notificação de erros e a aprendizagem com eventos adversos.
- Adotar tecnologias, como prontuários eletrônicos e sistemas de alerta, para monitorar o estado de saúde do paciente e evitar erros médicos, como interações medicamentosas perigosas.
- Incentivar o paciente e seus familiares a participarem ativamente de seu cuidado, garantindo que compreendam o plano de tratamento e se sintam seguros no ambiente da unidade de saúde.

Com estas ações poderemos criar um ambiente assistencial seguro, com um foco constante na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na proteção dos pacientes.

Atenção à Saúde Mental dos pacientes, especialmente por tratar-se de um ambiente de saúde, a inserção de profissionais capacitados para lidar com as necessidades psicológicas dos pacientes é de grande importância.

Apoio psicológico para pacientes e familiares, oferecendo suporte emocional, considerando o impacto psicológico que possa ser gerado.

Desenvolver um ambiente terapêutico que promova o bem-estar psicológico dos pacientes, especialmente das crianças, é fundamental para a humanização do atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento. Mesmo sendo um local de atendimento emergencial e de curta permanência, a criação de espaços acolhedores, como áreas de lazer adaptadas e brinquedotecas, contribui para reduzir o estresse e a ansiedade das crianças durante o atendimento.

- Inclusão psicólogos e assistentes sociais na equipe multidisciplinar, garantindo acompanhamento adequado para pacientes com necessidades emocionais e psicológicas.
- Planejamento e execução de treinamentos para todos os profissionais sobre a identificação de sinais de transtornos mentais, abordagem empática e manejo de crises emocionais.
- Implementando serviços de acolhimento e suporte psicológico tanto para pacientes quanto para seus familiares, proporcionando um ambiente seguro e de escuta ativa.
- Utilizando ferramentas de triagem para identificar e monitorar pacientes com risco de desenvolver problemas de saúde mental durante o atendimento.
- Desenvolver áreas tranquilas e espaços de relaxamento na Unidade de Pronto Atendimento é fundamental para promover o bem-estar psicológico dos pacientes, especialmente daqueles que permanecem por períodos mais longos durante o atendimento. Embora a Unidade de Pronto Atendimento seja voltada para atendimentos rápidos, é importante oferecer ambientes que minimizem o estresse e a ansiedade, contribuindo para uma experiência mais acolhedora e humanizada.
- Implementando programas de apoio psicológico e gestão do estresse para os profissionais de saúde, garantindo que cuidem de sua própria saúde mental e bem-estar.

Treinamento e capacitação contínua dos profissionais de saúde é crucial para a qualidade do atendimento, deve garantir que todos os profissionais estejam atualizados com as melhores práticas e protocolos. Investir em treinamentos especializados para o cuidado dos pacientes, incluindo manejo de doenças raras, uso de tecnologias específicas e gestão

emocional no atendimento, com simulações regulares de situações emergenciais, como parada cardiorrespiratória infantil, para manter a equipe bem-preparada.

Para desenvolvemos os processos de treinamento e capacitação contínuos, faz-se necessário:

- Identificar as necessidades de formação para cada área e elaborar um plano de treinamento que aborde novas técnicas, tecnologias e melhores práticas em saúde.
- Organizar cursos, workshops e palestras periódicas sobre temas relevantes, como segurança do paciente, uso de novas tecnologias, e abordagens humanizadas de atendimento.
- Incentivar a realização de estágios, simulações clínicas e grupos de estudo para que os profissionais possam aplicar o conhecimento adquirido no ambiente de trabalho.
- Realizar avaliações contínuas do desempenho dos profissionais e identificar gaps de conhecimento para direcionar os treinamentos de maneira personalizada.
- Implementar cursos online para garantir que todos os profissionais, independentemente de sua carga horária, possam se atualizar de maneira flexível.
- Criar um ambiente onde os profissionais possam fornecer feedback sobre os treinamentos e sugerir melhorias, promovendo uma cultura de aprendizado constante.

Parcerias com comunidade e instituições, atuando de forma integrada com outras instituições e programas comunitários, como escolas, unidades de saúde pública e organizações não-governamentais. Ao estabelecer parcerias para promover a saúde, o cuidado preventivo e a reabilitação social. Como também interagir e auxiliar em ações comunitárias de prevenção e educação em saúde, voltadas para a prevenção de doenças e promoção do bem-estar.

- Firmando parcerias com escolas, ONGs, associações de bairro e outras organizações comunitárias para promover ações educativas e de prevenção à saúde.
- Criando programas de voluntariado que permitam à comunidade colaborar com a unidade de saúde, seja em ações educativas, apoio emocional aos pacientes ou outros serviços auxiliares.

Gestão de fluxo de pacientes, deve ser bem estruturada para garantir a eficiência nos atendimentos e reduzir o tempo de espera, algo essencial para a boa operacionalização da unidade de saúde. A classificação de risco deverá ser bem definida, garantindo que pacientes em estado grave sejam atendidos com rapidez e eficiência, estabelecimento de fluxo eficiente para o atendimento, desde a classificação de risco até a alta e ou transferência, é fundamental para otimizar os recursos e reduzir a sobrecarga da equipe.

O desenvolvimento da gestão de fluxo de pacientes, ao ser estruturado devera desenvolver algumas ações fundamentais, conforme descrição abaixo:

- Analisarmos e identificar todas as etapas do atendimento (admissão, triagem, exames, intervenção clínica, transferência e ou alta) para otimizar o processo e reduzir gargalos.
- Utilizarmos tecnologia para realização da classificação de risco, atendimento das consultas, exames e procedimentos, evitando congestionamento e otimizando o tempo dos profissionais e pacientes.
- Adotarmos a classificação de risco (como o sistema de triagem – PNH) para garantir que pacientes em situações mais graves recebam atenção imediata.
- Gerenciar os leitos de observação, acompanhando os pacientes em tempo real e analisando o fluxo de atendimentos, para monitorar a ocupação, agilizar a liberação dos leitos e melhorar o uso dos recursos da Unidade de Pronto Atendimento.
- Capacitar a equipe para atuar de maneira coordenada, garantindo que o atendimento siga o fluxo de forma eficiente e sem interrupções.
- Estabelecer protocolos claros de comunicação entre os diversos setores (emergência, exames, observação) para assegurar que as informações sejam compartilhadas rapidamente e de forma precisa.
- Monitorar métricas como tempo de espera, tempo de observação, transferências e tempo de alta para identificar pontos de melhoria e tomar decisões estratégicas.

Entendemos que a caracterização do modelo gerencial a ser implantado representa um marco estratégico fundamental para o desenvolvimento institucional e a melhoria contínua dos processos organizacionais. Este modelo foi cuidadosamente estruturado para incorporar as melhores práticas de gestão contemporânea, integrando o planejamento estratégico, a gestão de projetos baseada em padrões reconhecidos que trazem flexibilidade e adaptabilidade essenciais para ambientes dinâmicos.

Ao adotarmos esse modelo, a organização assegura o alinhamento das ações operacionais e estratégicas com sua missão, visão e valores, promovendo uma cultura organizacional orientada para resultados, transparência e responsabilidade. Além disso, o modelo gerencial favorece a otimização dos recursos disponíveis, a melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços prestados, e o fortalecimento da comunicação e colaboração entre as equipes.

Dessa forma, a implantação do modelo gerencial não apenas impulsiona a excelência operacional, mas também potencializa a capacidade da organização em responder com agilidade às mudanças do contexto externo, atendendo de maneira mais eficaz às demandas da comunidade e contribuindo para a sustentabilidade e o crescimento institucional a longo prazo.

O modelo de gestão adotado pela UPA São Vicente está fundamentado na institucionalização dos processos e ferramentas, garantindo que todas as práticas, protocolos e instrumentos de trabalho estejam padronizados, documentados e integrados à rotina da unidade. Essa estratégia assegura que o conhecimento permaneça na Instituição, e não apenas nas pessoas, promovendo a continuidade das ações e a qualidade dos serviços, mesmo diante de eventuais mudanças na equipe e ou OSS. O principal objetivo é manter a evolução contínua da gestão e da assistência, fortalecendo a cultura organizacional, a segurança do paciente e a eficiência institucional de forma sustentável.

2.2 AS ESTRATÉGIAS QUE SERÃO ADOTADAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO, CONSIDERANDO O IMPACTO DA MUDANÇA DE PARADIGMA DO ATUAL MODELO EXISTENTE, A MUDANÇA DE CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL, A GESTÃO DE PESSOAL, A MELHORIA NA EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE.

A gestão estratégica da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, sob responsabilidade da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), será conduzida de forma direta, técnica e articulada por uma equipe de coordenação multiprofissional, composta por lideranças operacionais e assistenciais com comprovada experiência na área da saúde pública, com ênfase em urgência e emergência. Esta equipe atuará com autonomia responsável, subordinada à Diretoria Técnica, Assistencial e Administrativa da BHCL, sendo investida da autoridade necessária para a tomada de decisões estratégicas e operacionais, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), os marcos contratuais estabelecidos e os valores institucionais da entidade.

O modelo de gestão adotado será progressivamente implantado e fundamenta-se em uma lógica orientada por resultados, integrando ações assistenciais e administrativas baseadas em evidências, metas claras, planejamento participativo e monitoramento contínuo. A implementação será realizada por fases, respeitando a realidade operacional

da unidade, as especificidades do território, o contexto epidemiológico e o perfil da população atendida, tanto por demanda espontânea quanto referenciada.

A proposta representa uma mudança de paradigma, promovendo transformações estruturais no clima e na cultura organizacional. O novo modelo visa consolidar um ambiente institucional mais ético, colaborativo e orientado à melhoria contínua, com a valorização dos profissionais, fortalecimento do pertencimento institucional e incentivo ao protagonismo das equipes. Essa transformação exige o engajamento coletivo em torno de uma nova lógica de gestão, centrada na corresponsabilidade, na escuta ativa e no compromisso com a excelência do cuidado.

A gestão de pessoal será uma dimensão estratégica essencial, pautada na qualificação contínua, na motivação e retenção dos talentos humanos. Serão implantadas políticas de educação permanente, sistemas de avaliação de desempenho, estratégias de reconhecimento institucional e ações voltadas à saúde ocupacional e ao bem-estar físico e emocional dos colaboradores. A valorização do capital humano será, portanto, o eixo estruturante da sustentabilidade do modelo proposto.

Nesse contexto de crescimento e inovação organizacional, busca-se alcançar altos níveis de eficiência (uso racional dos recursos), eficácia (cumprimento dos objetivos propostos) e efetividade (impacto positivo real na saúde da população). Para isso, a unidade contará com a organização inteligente de seus processos de trabalho, uso estratégico de tecnologias de informação e gestão, e fortalecimento de uma cultura institucional orientada a resultados, inovação e segurança assistencial.

Pilares da Gestão Estratégica Local:

- Planejamento Estratégico Integrado e Territorializado, com base nas necessidades reais da população e nas diretrizes da Rede de Atenção à Saúde.
- Elaboração de Plano de Ação Trimestral, com metas de curto, médio e longo prazo, pactuadas com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), e fundamentadas em indicadores epidemiológicos e operacionais.
- Definição de metas específicas por setor (Classificação de Risco, Observação, Farmácia, Apoio Diagnóstico, Recepção, entre outros), com cronogramas detalhados, responsáveis definidos e instrumentos de avaliação de desempenho.
- Reuniões gerenciais mensais com análise crítica dos resultados, discussão de não conformidades, proposição de ajustes, identificação de boas práticas e compartilhamento de aprendizados, promovendo uma gestão participativa e resolutiva.

Esse conjunto articulado de estratégias reafirma o compromisso da BHCL com a qualificação dos serviços prestados, com a governança responsável e com a geração de valor público por meio da gestão eficiente, humana e baseada em evidências.

Gestão da Qualidade e Segurança Assistencial

- Implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com cronograma de ações, capacitações e indicadores.
- Aplicação de protocolos assistenciais alinhados à Política Nacional de Humanização (PNH), com foco em:
- Acolhimento com Classificação de Risco (Política Nacional de Humanização - PNH).
- Gestão clínica da Sala de Observação com estratificação por gravidade e tempo de permanência;
- Segurança do paciente (13 certos da medicação, eventos adversos, quedas, lesão por pressão).
- Monitoramento de indicadores como: tempo porta-médico, tempo de permanência em observação, tempo de espera para exames, satisfação do usuário, entre outros.

Gestão de Pessoas e Valorização Profissional

- Contratação com base em perfil técnico e comportamental, via regime CLT e Pessoa Jurídica, conforme função e escala definida no dimensionamento da unidade.
- Programa de Educação Permanente com treinamentos mensais, capacitação em urgência e emergência, e suporte técnico da equipe multiprofissional.
- Avaliação de desempenho individual e setorial, com plano de incentivo ao mérito e programas de valorização.
- Estabelecer sistemática de Pesquisa de Clima Organizacional.

Tecnologia, Inovação e Governança Clínica

- Uso do Prontuário Eletrônico Integrado e sistema de Business Intelligence (BI) para monitoramento em tempo real de indicadores-chave.

- Criação de painéis de gestão visual nas áreas críticas (observação, triagem e recepção, com atualização diária.
- Implantação de telemedicina em pediatria e clínica médica, como suporte para decisão clínica e redução de encaminhamentos desnecessários.

Organização Gerencial e Estrutura de Liderança

A estrutura da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, contará com os seguintes cargos estratégicos e funções gerenciais:

- Médico Coordenador (RT) – responsável técnico e clínico pelo serviço, com atuação presencial de segunda a sexta-feira, 4 horas diárias;
- Coordenador de Enfermagem – planejamento e supervisão da assistência, escala de plantão, protocolos e gestão da equipe de enfermagem;
- Gerente Administrativo-Financeiro – coordenação de contratos, compras, patrimônio, almoxarifado e apoio logístico;
- Responsáveis de Setor (Farmácia, Laboratório, Radiologia, Recepção, Limpeza, Segurança, TI) – líderes operacionais responsáveis pela execução e controle setorial;
- Responsável do NIR (Núcleo Interno de Regulação) – controle dos leitos de observação, tempo de permanência e encaminhamentos via Central de Regulação;
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) – notificação, investigação e controle de agravos de notificação compulsória.

Sustentabilidade, Eficiência e Responsabilidade Social

A aplicação de recursos será monitorada com instrumentos de controle de custos e produtividade, assegurando:

- Otimização do consumo de insumos e medicamentos;
- Monitoramento de produtividade por profissional/setor;
- Adoção de práticas sustentáveis (resíduos, energia, água);
- Projetos de responsabilidade social e articulação com a comunidade local.

A Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, adotará uma cultura de gestão participativa e transparente, em que todos os níveis hierárquicos sejam corresponsáveis

pela melhoria dos processos e dos resultados. A liderança estimulará o protagonismo dos profissionais, o compromisso com a humanização do atendimento e a inovação contínua, fortalecendo o vínculo com os usuários e com a rede regional de saúde.

2.2.1 Mudança de Paradigma do Atual Modelo Existente

A transição para um novo modelo de gestão na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente representa uma mudança de paradigma organizacional, que rompe com práticas tradicionais fragmentadas e reativas, adotando uma abordagem moderna, integrada, proativa e centrada no cuidado qualificado ao usuário.

Essa transformação implica abandonar estruturas rígidas, verticalizadas e pouco resolutivas, em favor de um modelo orientado por resultados, baseado na gestão por processos, na tomada de decisão apoiada por evidências, na valorização das equipes multiprofissionais e no fortalecimento da cultura institucional voltada à melhoria contínua.

O novo paradigma incorpora uma visão sistêmica e estratégica da unidade de saúde, priorizando a integração entre os setores assistenciais, administrativos e de apoio, promovendo o engajamento dos profissionais e o protagonismo das lideranças locais. A mudança também implica no fortalecimento da governança clínica, na utilização de indicadores para monitoramento de desempenho e na implantação de protocolos e ferramentas de qualidade que garantam maior eficiência, eficácia e efetividade na atenção prestada.

Além disso, a mudança de paradigma está sustentada em princípios como a humanização, a corresponsabilidade, a escuta qualificada, a segurança do paciente e a participação social, alinhando-se aos princípios do SUS e às diretrizes da gestão contemporânea da saúde pública.

Essa nova lógica de funcionamento visa transformar a Unidade de Pronto Atendimento em um ambiente de cuidado resolutivo, acolhedor, seguro e alinhado às necessidades reais da população, superando os limites do modelo anterior e preparando a organização para novos desafios da saúde.

2.2.2 Pesquisa de clima organizacional (PCO) e cultura organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional (PCO) é uma ferramenta estratégica essencial para a gestão de pessoas, permitindo mensurar a percepção coletiva dos profissionais sobre diversos aspectos do ambiente de trabalho. Por meio dessa análise, torna-se possível mapear o clima interno, identificar necessidades, levantar os aspectos críticos que influenciam diretamente o estado motivacional da equipe e compreender tanto os pontos fortes quanto os aspectos que necessitam de melhorias.

Ao compreender os níveis de satisfação e engajamento dos profissionais, a organização pode promover um equilíbrio organizacional saudável, com foco na qualidade de vida no trabalho. Esse equilíbrio é diretamente proporcional ao aumento da produtividade, à motivação das equipes e à construção de relações mais colaborativas, favorecendo o alinhamento entre a cultura organizacional e as ações estratégicas da instituição.

A cultura organizacional, entendida como o conjunto de valores, crenças, comportamentos e práticas compartilhadas no ambiente de trabalho, será continuamente monitorada e fortalecida por meio dessa escuta ativa dos profissionais. A Pesquisa de Clima Organizacional contribuirá para consolidar uma cultura de transparência, confiança, respeito mútuo, inovação e comprometimento com os resultados.

A pesquisa será realizada anualmente com todos os profissionais ativos da instituição, abrangendo os diversos setores e turnos. O processo será coordenado pela equipe de Recursos Humanos, com base em um cronograma estruturado, e envolverá:

- Definição dos temas e perguntas a serem aplicadas;
- Planejamento da aplicação conforme os turnos;
- Sensibilização e engajamento dos profissionais;
- Coleta, tabulação e análise dos dados;
- Elaboração de relatórios com os principais achados;
- Apresentação dos resultados à liderança e às equipes;
- Planejamento e execução de ações de melhoria;
- Monitoramento contínuo dos avanços obtidos.

Após a coleta e análise dos dados, serão realizadas reuniões com gestores e equipes para discutir os resultados e construir, de forma participativa, planos de ação concretos, com foco em melhorias pontuais e estruturais no ambiente de trabalho.

A realização sistemática da Pesquisa de Clima Organizacional representa um compromisso institucional com a escuta ativa, a valorização dos profissionais e a gestão

participativa. Ao integrar o clima interno à cultura organizacional e às estratégias institucionais, a organização fortalece seus pilares humanos, amplia a capacidade de inovação e promove um ambiente mais saudável, produtivo e alinhado com seus objetivos de longo prazo. Assim, mais do que um diagnóstico, a Pesquisa de Clima Organizacional se torna um instrumento contínuo de transformação organizacional e consolidação de uma cultura baseada em excelência, bem-estar e resultados.

Cultura Organizacional

Entendemos que a cultura organizacional de uma unidade assistencial deve promover um ambiente seguro, ético, humanização, trabalho em equipe, colaborativo, inovador e compromisso com a qualidade e a resolutividade da assistência prestada à população.

A humanização no atendimento, o acolhimento com classificação de risco, o respeito à diversidade e o fortalecimento de vínculos com a rede de saúde são valores que precisam estar enraizados na prática cotidiana da equipe.

Como serviço de atendimento de urgência e emergência, a unidade assistencial exige uma cultura que valorize a agilidade, a responsabilidade compartilhada e o cuidado centrado no paciente, deve-se cultivar um ambiente baseado no respeito mútuo, na escuta ativa e na comunicação clara, promovendo a integração entre os profissionais de diferentes categorias.

Outro pilar fundamental é o compromisso com a gestão eficiente e transparente, com foco em resultados assistenciais e administrativos, sem abrir mão dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade e participação social.

A valorização da educação permanente, da atualização científica e do desenvolvimento profissional contínuo é essencial para garantir práticas seguras e embasadas em evidências.

A cultura organizacional também deve estimular a corresponsabilização de todos os profissionais na busca por melhorias constantes, tanto nos processos internos quanto na experiência do usuário.

2.2.3 Gestão de Pessoal

A gestão de pessoal é uma das bases fundamentais para o alcance dos resultados estratégicos e para a consolidação de uma cultura organizacional orientada à excelência. Nesse contexto, a Instituição desenvolverá e acompanhará programas contínuos de capacitação e avaliação de desempenho, com o objetivo de alinhar o desenvolvimento dos profissionais às metas organizacionais e assegurar que estejam preparados para oferecer um atendimento de qualidade e centrado no usuário.

Para que esses programas sejam efetivos, será indispensável a realização de um diagnóstico situacional aprofundado, que permitirá identificar os processos internos já consolidados e aqueles que necessitam de atenção e aperfeiçoamento. Essa análise crítica criará uma base sólida para a construção de ações direcionadas, bem como para a formulação de estratégias de desenvolvimento humano coerentes com os desafios e as oportunidades da instituição.

A capacidade de uma organização de atender às necessidades e expectativas dos seus usuários e da comunidade está diretamente relacionada ao engajamento e à competência de sua equipe. Essas demandas precisam ser reconhecidas, compreendidas e traduzidas em ações que agreguem valor ao serviço prestado, promovendo a confiança, o acolhimento e a fidelização do público atendido.

Além disso, a organização deve estar atenta ao seu papel social, agindo de forma ética, legal e sustentável, promovendo boas práticas de responsabilidade social e respeito ao meio ambiente. Essa consciência institucional deve ser refletida na conduta dos líderes, que devem atuar como exemplos da cultura organizacional, orientando suas equipes com base nos valores institucionais e promovendo um ambiente de trabalho colaborativo, respeitoso e inclusivo.

A liderança é responsável por estabelecer os princípios norteadores da organização, monitorar o desempenho institucional, promover o aprendizado organizacional e garantir a melhoria contínua dos processos. A formulação das estratégias organizacionais será conduzida com base em evidências e será traduzida em planos de ação de curto, médio e longo prazo, com metas claras, indicadores de desempenho e recursos adequadamente alocados.

A gestão de pessoas envolve também a criação de condições favoráveis ao desenvolvimento profissional, à satisfação no trabalho e ao engajamento das equipes.

Para isso, será promovido um ambiente organizacional que valorize o mérito, o diálogo, a escuta ativa e a capacitação constante, consolidando uma cultura de alto desempenho e excelência.

Paralelamente à gestão administrativa e financeira da organização, desenvolverá uma gestão estratégica de pessoas integrada e proativa, assegurando que os recursos humanos sejam planejados, valorizados e gerenciados com foco na sustentabilidade institucional e no alto desempenho. Investimentos em pessoas, desde a capacitação até a retenção de talentos, serão conduzidos com a mesma seriedade e controle aplicados aos demais recursos organizacionais.

A gestão de pessoal será orientada por indicadores de desempenho e por uma visão sistêmica, permitindo identificar necessidades de desenvolvimento, riscos relacionados à força de trabalho (como rotatividade, absenteísmo e sobrecarga), e ajustar estratégias de forma preventiva. Essa abordagem possibilita intervenções oportunas, garantindo um ambiente saudável, produtivo e alinhado às metas organizacionais.

Fundamentadas em dados, evidências e inteligência organizacional, essas práticas permitirão à instituição avaliar continuamente o desempenho humano e institucional, promovendo ações corretivas e adaptativas em todos os níveis hierárquicos. Assim, a organização fortalece sua capacidade de inovação, assegura a consistência da cultura de excelência e consolida sua posição como referência em gestão de pessoas e qualidade no atendimento à saúde.

A gestão de pessoas é uma área fundamental reflete na estruturação de qualquer organização, pois envolve o recrutamento, a formação, o desenvolvimento e a retenção dos profissionais. Para ser uma gestão eficiente de pessoal é necessário atrair talentos, capacitar e engajar os profissionais, promovendo um ambiente de trabalho positivo e produtivo. No entanto se faz necessário adotar práticas de gestão que sejam transparentes, justas e alinhadas com os objetivos estratégicos da organização.

Investir em programas de capacitação e desenvolvimento profissional é essencial para melhorar a qualificação dos profissionais, garantindo que possuam as competências necessárias para enfrentar os desafios do mercado. Além disso, práticas como a promoção de um bom equilíbrio entre vida pessoal e profissional, a adoção de políticas de reconhecimento e a oferta de oportunidades de crescimento contribuem para a retenção destes talentos junto a Instituição, gerando aumento da satisfação e do desempenho organizacional.

2.2.3.1 Recrutamento e Seleção

Processos organizacionais fundamentais para garantir, atrair, avaliar e escolher os melhores candidatos para preencher uma vaga de trabalho de acordo com as qualificações necessárias e alinhados a cultura organizacional. O recrutamento refere-se à prática de atrair candidatos qualificados, enquanto a seleção envolve o conjunto de atividades realizadas para avaliar esses candidatos e escolher o mais adequado para a posição. Quando bem estruturado e executado, contribui para a construção de equipes produtivas, motivadas e engajadas.

A seguir, detalho as etapas de Recrutamento e Seleção, seguidas pela Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) para garantir a contratação do profissional ideal.

Levantamento Das Necessidades:

A primeira etapa do processo de recrutamento e seleção está em identificar a necessidade de preenchimento da vaga. Para isso, o gestor da área e o departamento de Recursos Humanos (RH) analisam a função e as responsabilidades do cargo, requisitos técnicos e comportamentais necessários para o candidato. Também é importante avaliar se a contratação é realmente necessária ou se é possível preencher a vaga com um remanejamento interno.

São requisitos básicos análise da função e descrição detalhada do cargo; definição de perfil (requisitos técnicos, experiência, habilidades e competências) e planejamento das necessidades para a vaga e aprovação do orçamento (sempre que necessário).

Recrutamento: objetivando atrair candidatos qualificados para a vaga aberta, realizamos por:

- Recrutamento Interno oferecendo primeiramente aos profissionais existentes na Instituição, incentivando o crescimento e a promoção de talentos internos.
- Recrutamento Externo quando aberta ao público em geral, através de meios de comunicação, através de anúncios em sites de emprego, redes sociais, universidades, agências de recrutamento entre outras, buscando atrair candidatos de fora (externos) da Instituição.

Etapas:

- Elaboração de um anúncio de vaga com as responsabilidades, requisitos e benefícios da posição.
- Divulgação da vaga com as qualificações e requisitos necessárias para o cargo, nos canais apropriados interna e externamente (exemplo: banco de currículos/ talentos, murais na instituição, grupos institucionais, sites de emprego, SINE- Sistema Nacional de empregos, e-mail, entre outros).
- Captação de candidatos qualificados para o processo seletivo, através de currículos.
- Triagem de currículos, analisados e separados pela equipe de gestão de pessoas, selecionando os candidatos que atendem aos requisitos do cargo, filtrando aqueles que possuem as qualificações, experiência e habilidades necessárias para a vaga.
- A entrevista inicial é uma das primeiras interações diretas com os candidatos. Pode ser realizada de forma presencial ou online (videoconferência). O objetivo é conhecer melhor o candidato, avaliar suas motivações, atitudes e como ele se comporta em uma situação de entrevista. Além disso, é o momento para esclarecer dúvidas sobre a vaga e a Instituição.
- Em geral os candidatos passem por testes técnicos e/ ou dinâmicas de grupo. São importantes principalmente para avaliações de conhecimentos específicos (como testes de informática, lógica, técnica, redação, etc.), enquanto as dinâmicas de grupo servem para observar o comportamento dos candidatos em situações de interação em equipe, resolução de problemas e liderança.
- Entrevista final tem como objetivo aprofundar a avaliação do candidato, pelo líder e ou gestor da área, dependendo do nível do cargo. Este é momento de analisar as qualificações mais específicas, alinhar expectativas, discutir remuneração e condições de trabalho, e avaliar a compatibilidade entre o candidato e a cultura organizacional da empresa.
- Referência em alguns processos seletivos, se faz necessário verificação de referências apresentadas com objetivo confirmar as informações apresentadas pelo candidato no currículo.

2.2.3.2 Contratação

Orientação e coleta de todos os documentos necessários para formalizar a contratação dos novos profissionais, como CTPS, exames admissionais, entre outros. Redação e controle de contratos, respeitando as particularidades da legislação trabalhista (CLT), acordos coletivos, e leis específicas do setor de saúde.

O processo de contratação será realizado conforme as disposições da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Os candidatos aprovados no processo de Recrutamento e Seleção, deverão apresentar a documentação solicitada após a divulgação do exame admissional.

Para formalizar a contratação será necessário apresentação de:

- Laudo de Aprovação dos exames admissional;
- Cópia dos documentos pessoais: carteira de trabalho; CPF, RG, PIS, Título de Eleitor, Carteira do Conselho Profissional (se necessário), foto 3x4 recente e dados bancários.
- Certidões/ Comprovantes: casamento ou nascimento do profissional e ou caso tenha filhos menor de 14 anos, comprovante de endereço, comprovante de vacinação do profissional e filhos menores de 05 anos (caso tenha filhos) atualizados, histórico escolar (diplomas, especializações, etc.).

A admissão será realizada somente após a entrega de todos os documentos solicitados dentro do prazo de uma semana.

Após a entrega de toda a documentação, será elaborado o contrato de trabalho de acordo com as especificidades do cargo e conforme a CLT. O contrato deverá ser assinado durante o processo de Integração de novos profissionais.

Após a avaliação completa de todos os candidatos, a empresa faz a proposta de contratação ao candidato selecionado. A proposta geralmente inclui, detalhes sobre o salário, benefícios, horários de trabalho e outras condições de emprego. O candidato então tem a oportunidade de aceitar ou negociar as condições.

- Após a aceitação da proposta, o candidato é encaminhado ao Departamento Pessoal para que seja providenciado a sua admissão, onde será solicitado as documentações de contratação e realizado o agendamento para avaliação com a medicina do trabalho, para que após estas etapas seja finalizada a contratação e definido o início das atividades na Instituição e o agendamento da data de Integração Profissional.

- Integração nesta etapa tem o compromisso de facilitar a adaptação do novo profissional à Instituição, suas funções, a cultura organizacional e a equipe de trabalho, orientações, capacitações e treinamentos Institucionais, apresentações e atividades promovendo a receptividade ao novo ambiente de trabalho.

Importante: Na assunção do contrato de gestão pela Organização Social Saúde, este processo ocorrerá em processo de transição, pois os profissionais deverão optar ou não a continuar na Instituição, será necessário um período de 45 a 90 dias para efetuarmos as contratações, concluirmos o processo seletivo, realizar os exames periódicos, solicitar as documentações e expedir o contrato de trabalho.

2.2.3.3 Integração Do Profissional

Objetivo: Garantir que os novos profissionais da unidade de saúde compreendam o funcionamento da instituição, conheçam a cultura organizacional, as normas e procedimentos, e se sintam bem-vindos e preparados para exercer suas funções com qualidade e segurança.

O processo de integração deve ser contínuo e flexível, com acompanhamentos periódicos nos primeiros meses de trabalho. Deve também ser um espaço para escuta ativa, onde os profissionais possam sugerir melhorias e indicar pontos de dificuldade na adaptação ao ambiente da unidade de saúde.

Roteiro de Integração em Unidade de Saúde

- Boas-vindas e Apresentação Institucional

Objetivo: Apresentar a história, missão, visão e valores da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente. Promover o engajamento dos novos profissionais com a cultura da instituição.

Apresentação da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente

- ✓ Breve histórico da instituição.
- ✓ Missão, visão e valores.
- ✓ Estrutura organizacional.
- ✓ Principais especialidades e serviços oferecidos.

Tour pela unidade de saúde: Apresentação dos principais setores (urgência, emergência, centro cirúrgico, enfermarias, laboratórios, etc.).

Localização de pontos de apoio (refeitório, banheiros, farmácias, etc.).

- Apresentação das Normas e Procedimentos

Objetivo: Garantir que o novo profissional conheça as normas operacionais, de segurança e os procedimentos padrões da instituição.

Políticas da unidade de saúde:

- ✓ Código de ética e conduta.
- ✓ Procedimentos administrativos (documentação, relatórios, registros).
- ✓ Políticas de segurança do paciente.
- ✓ Higiene da unidade de saúde e controle de infecções.

Normas de segurança:

- ✓ Protocolos de emergência (incêndio, evacuação, primeiros socorros).
- ✓ Equipamentos de proteção individual (EPIs) e uso correto.
- ✓ Procedimentos de lavagem das mãos e controle de infecções.

Protocolos de comunicação interna:

- ✓ Sistema de comunicação (telefonia, sistemas informatizados, rádio, etc.).
- ✓ Comunicação com a equipe de saúde, pacientes e familiares.

- Introdução ao Papel e Responsabilidades do Profissional.

Objetivo: Explicar as funções e responsabilidades de cada profissional dentro da equipe de trabalho, alinhando expectativas.

Apresentação do cargo e responsabilidades:

- ✓ Explicação detalhada das funções e tarefas a serem desempenhadas.
- ✓ Expectativas de desempenho e indicadores de avaliação.
- ✓ Integração com a equipe.
- ✓ Apresentação dos líderes e supervisores da unidade.
- ✓ Explicação sobre o trabalho em equipe, interdisciplinaridade e a importância de cada profissional dentro da assistência à saúde.

- Treinamento de Uso de Sistemas e Ferramentas

Objetivo: Treinar o profissional para o uso das ferramentas necessárias para o seu trabalho diário, como sistemas de registro de pacientes, prescrição médica, agenda de exames e outros sistemas da unidade de saúde.

Treinamento nos sistemas de gestão da unidade de saúde:

- ✓ Cadastro e liberação de senhas ao profissional nos sistemas a qual ele terá acesso.
- ✓ Sistema de prontuário eletrônico.
- ✓ Registro de medicações, exames e resultados.
- ✓ Agenda de atendimentos e procedimentos.
- ✓ Entres outros que se fizerem necessários.

Treinamento de ferramentas de comunicação e documentação:

- ✓ Sistema de comunicação interna (se houver).
- ✓ Procedimentos de registro de informações de pacientes.

- Aspectos Legais e Éticos no Atendimento à Saúde

Objetivo: Orientar sobre a importância da ética e da legalidade nos atendimentos e cuidados com os pacientes.

Direitos dos pacientes:

- ✓ Confidencialidade e privacidade (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados).
- ✓ Consentimento informado.
- ✓ Direitos e deveres dos pacientes.
- ✓ Ética no trabalho na unidade de saúde:
  - Conduta profissional e ética no cuidado ao paciente.
  - Como lidar com situações de conflito ou dilemas éticos.

- Formalização Integração

Objetivo: Momento em que é solicitada a assinatura e formalizando a ciência e participação do processo de integração, como também o fornecimento de senhas de acesso, e-mail, uniformes, etc.

- ✓ Documentos Institucionais.
- ✓ Interação com os sistemas de informatização da Instituição.
- ✓ Entrega de crachás, uniformes, manual do profissional, etc.
- ✓ Assinatura da lista de presença.

- Encerramento e Acompanhamento

Objetivo: Finalizar a integração com uma visão geral, reforçando os pontos principais e estabelecendo canais de comunicação para dúvidas futuras.

Reforço sobre os recursos de apoio:

- ✓ Indicação de pessoas ou áreas para tirar dúvidas (supervisores, recursos humanos, TI, etc.).
- ✓ Acompanhamento pós-integração.
- ✓ Feedback sobre a integração:
- ✓ Solicitação de feedback sobre o processo de integração.
- ✓ Ações para melhoria contínua da integração.
- ✓ Encerramento: Agradecimento pela participação.

2.2.3.4 Sistemas para o Gerenciamento de Pessoal

- Controle de Ponto Digital: Monitoramento da jornada de trabalho, com registro de entradas e saídas dos funcionários, horas extras, banco de horas e faltas (ausências e justificação de faltas), com base na escala de trabalho e nas necessidades da Instituição.
- Escalas de Plantões: Organização e acompanhamento das escalas de plantão dos profissionais de saúde, garantindo que a Instituição tenha cobertura adequada em todos os turnos e dias da semana.
- Processamento da Folha de Pagamento: Cálculo de salários, comissões, gratificações e deduções (como INSS, FGTS, IRRF, etc.). Administração de benefícios, como vale-transporte, vale-alimentação, plano de saúde, e outros oferecidos pela Instituição.
- Pagamento de Salários: Garantia de que os salários sejam pagos corretamente e pontualmente, de acordo com os contratos e acordos firmados.
- Gestão de Benefícios: Controle de adesão e manutenção de planos de saúde para os funcionários e seus dependentes quando aplicável/ disponível, algo essencial no ambiente da Instituição. Administração dos benefícios de transporte e alimentação, ajustando-os conforme a legislação e as políticas internas. Organização de programas de apoio aos profissionais, especialmente em áreas de alta demanda como das unidades de saúde, onde o estresse é elevado.

- Gestão de Documentos Trabalhistas e Legais: Organizar a realização de exames admissionais, periódicos, demissionais e outros exames exigidos por lei para garantir que os profissionais estejam aptos a exercer suas funções. Planejamento e controle do período de férias dos funcionários, garantindo que não haja sobrecarga de trabalho e que as escalas sejam respeitadas. Acompanhamento de processos de desligamento, realização de homologações de rescisões contratuais, cálculos de verbas rescisórias, e comunicação com sindicatos, quando necessário.
- Apoio à Gestão de Conflitos e Clima Organizacional: Mediação de conflitos entre funcionários e a gestão, garantindo que questões trabalhistas sejam resolvidas de forma justa e conforme a legislação. Monitoramento do bem-estar e motivação dos profissionais, promovendo um ambiente de trabalho saudável e colaborativo, essencial para a boa prestação de cuidados de saúde.
- Compliance e Normas Trabalhistas: Garantir que a unidade de saúde siga as normas trabalhistas, previdenciárias, fiscais e regulamentações específicas do setor de saúde. Acompanhamento do cumprimento das normas internas da Instituição relacionadas à conduta profissional, vestuário, uso de equipamentos, entre outros.

2.2.3.5 Desligamento e Entrevista Demissional

Em casos de solicitação de desligamento, se faz obrigatório o preenchimento do formulário de solicitação de desligamento, que deve ser assinado pelo gestor da área. O processo segue as orientações específicas para a demissão de profissionais, garantindo que todas as etapas sejam cumpridas conforme os procedimentos estabelecidos pela Instituição.

Entrevista demissional é uma metodologia importante para avaliar o nível de satisfação dos profissionais que se desligam, seja por solicitação própria ou por comunicação de demissão. Conduzida por profissional do Recursos Humanos, tem como objetivo obter informações relevantes sobre a experiência do profissional durante seu tempo na Instituição. Este processo permite identificar tanto os pontos fortes quanto as áreas que precisam de melhoria, contribuindo para o aprimoramento contínuo da gestão de pessoas e do clima organizacional.

Embora a entrevista não seja obrigatória, a abordagem do RH visa esclarecer o objetivo da conversa, destacando que as respostas são sigilosas e que a participação contribuirá para o aprimoramento da gestão e da qualidade do ambiente de trabalho.

As informações obtidas são cuidadosamente mensuradas, analisadas e monitoradas como indicadores de RH. Essas análises fornecem subsídios para a correção de desvios, implementação de ações de melhoria contínua e a emissão de relatórios gerenciais. O objetivo é acompanhar os padrões de satisfação dos profissionais e identificar áreas críticas que necessitam de atenção. Esse processo permite à Instituição aprimorar suas práticas de gestão de pessoas, promovendo um ambiente de trabalho mais saudável, produtivo e alinhado com as necessidades dos profissionais.

***Horário de Funcionamento das atividades de segunda a sexta-feira das 08hs00 às 18hs00.**

2.2.4 Eficiência, Eficácia e Efetividade

A busca por eficiência, eficácia e efetividade representa um compromisso estratégico da organização com a excelência na gestão de seus recursos, processos e resultados. Esses três conceitos, embora interdependentes, possuem significados distintos e complementares, fundamentais para o desempenho institucional de forma integrada e sustentável.

- ***Eficiência*** refere-se à capacidade de utilizar os recursos disponíveis, humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, da melhor forma possível. Uma gestão eficiente reduz desperdícios, elimina retrabalho, otimiza processos e entrega resultados com o menor custo possível, sem comprometer a qualidade.
- ***Eficácia*** está relacionada ao grau de cumprimento das metas e objetivos estabelecidos. Ser eficaz significa alcançar os resultados planejados, assegurando que os esforços da organização estejam direcionados para aquilo que realmente importa, mesmo que isso envolva maior utilização de recursos em determinadas situações.
- ***Efetividade***, por sua vez, representa um estágio mais avançado da gestão: vai além de fazer certo e alcançar metas. Diz respeito à capacidade de gerar impacto real e positivo na vida das pessoas e na sociedade, entregando valor duradouro e significativo para os públicos atendidos e demais partes interessadas.

A consolidação desses três elementos requer a implementação de uma gestão orientada por dados, baseada em indicadores de desempenho, análise de resultados e mecanismos de acompanhamento sistemático. Isso inclui a revisão contínua dos fluxos

de trabalho, a identificação de gargalos operacionais e a utilização de tecnologias que promovam automação, integração e agilidade.

Ser orientada por uma gestão que integre de forma estratégica os princípios da **eficiência**, **eficácia** e **efetividade**, assegurando qualidade no cuidado, responsabilidade na utilização dos recursos públicos e impacto positivo na saúde da população.

A eficiência envolve otimizar os fluxos assistenciais, reduzir o tempo de espera dos pacientes, garantir o funcionamento adequado da classificação de risco e evitar sobrecargas nos serviços, mantendo a produtividade e o acolhimento com qualidade.

Já a eficácia se traduz no cumprimento dos objetivos, garantindo que os pacientes recebam o atendimento necessário dentro dos critérios de prioridade clínica e tempo adequado. Isso implica no funcionamento dos protocolos assistenciais, no atendimento resolutivo dos casos de urgência/emergência e no monitoramento constante de indicadores de desempenho e metas pactuadas.

E a efetividade reflete os resultados concretos e duradouros das ações de saúde, ou seja, o impacto real do cuidado prestado na vida dos usuários. Nesse aspecto, a unidade assistencial deve promover a resolutividade do atendimento, evitar reinternações desnecessárias, articular-se com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para continuidade do cuidado, e contribuir para a melhoria dos desfechos clínicos e satisfação do paciente.

A integração desses três pilares, eficiência, eficácia e efetividade, fortalece a capacidade da unidade de saúde em oferecer um serviço público de qualidade, ágil, humanizado e comprometido com a saúde coletiva. A adoção de práticas gerenciais baseadas em evidências e indicadores é essencial para sustentar esse modelo, orientando a tomada de decisão e a melhoria contínua dos processos.

Ao fortalecer a eficiência, eficácia e efetividade, a organização deve também fomentar uma cultura de melhoria contínua, inovação e aprendizado organizacional. Isso implica criar um ambiente em que os profissionais estejam motivados a propor soluções criativas, identificar oportunidades de aperfeiçoamento e participar ativamente do processo decisório.

A adoção de ciclos de feedback estruturados, com avaliações regulares de desempenho, ajustes de rota e realinhamento de estratégias, é essencial para manter a organização responsiva e adaptável frente às mudanças internas e externas. Nesse contexto, a gestão não apenas cumpre metas, mas transforma resultados em valor

duradouro para a instituição e para a sociedade, consolidando sua efetividade como agente de impacto.

A implantação do modelo gerencial proposto representa uma mudança significativa no modo como a organização estrutura, executa e avalia suas atividades, gerando impactos diretos e transformadores em diversos níveis institucionais.

Em primeiro lugar, rompe-se com o paradigma atual, caracterizado por práticas mais reativas e operacionais, dando lugar a uma gestão estratégica, integrada e orientada por resultados. Esse novo posicionamento favorece uma atuação mais proativa, com base em dados e indicadores, possibilitando uma tomada de decisão mais ágil, precisa e alinhada aos objetivos organizacionais.

Essa transformação implica necessariamente em uma mudança no clima e na cultura organizacional, promovendo maior engajamento, colaboração entre equipes, valorização do conhecimento e fortalecimento da confiança institucional. Ao incentivar a participação ativa dos profissionais e reconhecer sua contribuição para os resultados, a cultura organizacional se torna mais sólida, alinhada aos valores da excelência, da inovação e do cuidado centrado nas pessoas.

Na dimensão da gestão de pessoas, o modelo amplia a responsabilidade estratégica sobre o capital humano, implementando ações voltadas ao desenvolvimento profissional, à avaliação contínua de desempenho, à valorização do trabalho e ao estímulo ao protagonismo das equipes. Essa abordagem contribui para a retenção de talentos, a melhoria do ambiente de trabalho e o fortalecimento da identidade institucional.

Por fim, a aplicação consistente das estratégias apresentadas gera impactos diretos na eficiência, eficácia e efetividade da organização. Processos mais enxutos, metas bem definidas e resultados que geram valor real para a comunidade elevam o desempenho institucional a um novo patamar, consolidando a organização como referência em gestão pública e serviços de saúde de qualidade.

Em síntese, o modelo gerencial proposto não apenas moderniza a estrutura administrativa da instituição, mas transforma a cultura, aprimora as práticas de gestão e potencializa os resultados entregues à sociedade, preparando a organização para responder aos desafios atuais e futuros com competência, responsabilidade e excelência.

2.3 OS MODELOS E CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE QUE SERÃO IMPLANTADOS

Compreendendo seu papel estratégico na rede de saúde pública e sua responsabilidade social frente ao município e à região, a Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) adota uma metodologia de gestão baseada no desenvolvimento e padronização de processos, voltada para a melhoria contínua, a excelência assistencial e o uso responsável dos recursos.

Essa abordagem estrutura-se a partir de diretrizes claras de qualidade e segurança, com foco na obtenção e manutenção de certificações como a ONA (Organização Nacional de Acreditação), que avalia a conformidade institucional com os padrões de gestão, assistência e segurança do paciente e certificações ambientais sustentáveis, que reforçam o compromisso com a preservação dos recursos naturais e práticas ecoeficientes.

Ao investir na organização de processos, no monitoramento de indicadores de desempenho e na valorização de práticas éticas e sustentáveis, a unidade de saúde fortalece sua responsabilidade institucional, seu compromisso com a transparência e seu protagonismo como referência em saúde pública na região. Isso se traduz não apenas em melhores resultados assistenciais, mas também em maior confiança da população, dos gestores e dos parceiros institucionais.

Por meio dessa metodologia, a instituição se posiciona de forma ativa e consciente em relação às demandas contemporâneas da saúde, da sociedade e do meio ambiente, promovendo uma cultura organizacional voltada à segurança, eficiência e desenvolvimento sustentável.

Atualmente, as ferramentas de certificação de qualidade e acreditação são fundamentais para que as instituições de saúde possam oferecer serviços de excelência, promovendo a qualidade no atendimento aos pacientes e alcançando os seus objetivos organizacionais. Através desses processos, as unidades de saúde conseguem padronizar procedimentos, reduzir custos, garantir o treinamento contínuo de suas equipes e se destacar no mercado da saúde, entregando confiança e segurança aos pacientes e à comunidade.

A Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) desenvolve seus processos estabelecendo ferramentas essenciais para que suas unidades de saúde demonstrem sua conformidade com os padrões de qualidade e segurança. Elas não apenas asseguram a qualidade das práticas de gestão, mas também oferecem uma referência segura para o aprimoramento contínuo das práticas assistências.

2.3.1 Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)

A busca contínua pela qualidade, segurança e eficiência na assistência à saúde tem levado cada vez mais instituições a adotarem modelos de avaliação baseados em padrões reconhecidos nacional e internacionalmente. No Brasil, a certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) representa um dos principais instrumentos de gestão da qualidade voltados para os estabelecimentos de saúde, incluindo hospitais, unidades de pronto atendimento (UPAs), clínicas especializadas, ambulatórios e unidades básicas de saúde (UBS).

A ONA é uma entidade sem fins lucrativos, responsável por desenvolver e implementar padrões de qualidade para os serviços de saúde, com base em critérios estruturados, mensuráveis e alinhados às boas práticas assistenciais e de gestão. A certificação é voluntária, mas sua conquista representa um reconhecimento formal da excelência organizacional, da segurança do paciente, da efetividade clínica e do compromisso com a melhoria contínua.

Dividida em três níveis, Acreditado (Nível 1), Acreditado Pleno (Nível 2) e Acreditado com Excelência (Nível 3), a certificação ONA avalia aspectos que vão desde a conformidade legal, estrutura física, processos assistenciais, gerenciamento de riscos, indicadores de desempenho, até o grau de integração entre os setores e a cultura organizacional voltada para resultados e inovação.

Para as unidades de saúde, a adesão à metodologia ONA promove ganhos significativos, como melhoria da qualidade assistencial, redução de eventos adversos, maior eficiência na utilização de recursos, valorização dos profissionais, fortalecimento da imagem institucional e maior confiança da população usuária e dos órgãos reguladores.

No entanto, alcançar a certificação exige planejamento estratégico, compromisso da alta direção, adequações estruturais e operacionais, além da mobilização de equipes multiprofissionais em torno de um modelo de gestão baseado na segurança, equidade, humanização e melhoria contínua, acontece em três níveis:

Nível 1 - Acreditado da ONA (Organização Nacional de Acreditação) significa que a organização de saúde cumpre ou supera 80% ou mais dos padrões de qualidade e segurança estabelecidos pela ONA. A avaliação abrange todas as áreas da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais, além dos requisitos CORE.

O certificado tem validade de dois anos.

Nível 2 - Acreditado Pleno exige que a organização de saúde atenda a dois critérios:

- Cumprir ou superar 80% dos padrões de qualidade e segurança, além dos requisitos CORE.
- Cumprir ou superar 80% dos padrões ONA de gestão integrada, com processos fluídos e comunicação plena entre as atividades, além dos requisitos CORE.

O certificado tem validade de dois anos.

Nível 3 - Acreditado com Excelência exige que a organização de saúde atenda a três critérios:

- Cumprir ou superar 90% dos padrões de qualidade e segurança, além dos requisitos CORE.
- Cumprir ou superar 80% dos padrões de gestão integrada, além dos requisitos CORE.
- Cumprir ou superar 80% dos padrões de Excelência em Gestão, demonstrando cultura de melhoria contínua e maturidade institucional, além dos requisitos CORE.

O certificado tem validade de três anos.

**Fonte: Manual ONA/2022.*

A implantação do processo de Acreditação Hospitalar, por meio da metodologia da Organização Nacional de Acreditação (ONA), configura-se como uma iniciativa estratégica da BHCL voltada à consolidação de uma cultura organizacional baseada na qualidade, segurança do paciente, excelência assistencial e melhoria contínua. Esta certificação, reconhecida nacionalmente, válida a conformidade dos serviços de saúde com padrões de referência e promove uma gestão institucional orientada por processos e resultados.

Trata-se de um modelo voluntário, educativo e não fiscalizatório, cuja adoção ocorre por iniciativa da própria instituição e é conduzido de forma periódica e confidencial. Sua aplicação baseia-se em normas e requisitos técnicos rigorosos, que abrangem desde a governança clínica até a gestão de recursos, processos assistenciais e práticas de segurança.

A Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, sob a gestão da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), será progressivamente preparada para este processo a partir do início do contrato de gestão, integrando à sua estrutura gerencial a

disseminação de boas práticas institucionais e o fortalecimento de uma cultura de excelência. A implantação do modelo será viabilizada por meio de um planejamento estratégico robusto, articulado com o contratante (Secretaria Estadual de Saúde), reconhecendo-se a necessidade de possíveis adequações físicas, tecnológicas e financeiras.

Alinhamento estratégico e modelo adotado, a certificação pela ONA foi escolhida por sua aderência à realidade operacional de serviços de urgência e emergência e por sua capacidade de induzir mudanças estruturantes no modelo de gestão e no comportamento organizacional. A escolha deste modelo deve-se ao seu caráter progressivo e pedagógico, distribuído em três níveis (Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência), o que permite uma construção gradativa da maturidade institucional.

A Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) entende que a acreditação ONA se alinha às diretrizes do projeto e representa uma oportunidade concreta de elevar o padrão da assistência prestada, fortalecer o sistema de governança clínica e garantir a efetividade dos serviços de saúde pública.

Objetivos Estratégicos da Acreditação

- Assegurar a qualidade dos serviços prestados e consolidar uma estrutura que garanta a excelência nos cuidados médicos, administrativos e operacionais, respeitando os princípios de equidade, segurança e humanização.
- Promover a melhoria contínua e estabelecer rotinas permanentes de avaliação e revisão de processos, estimulando a inovação institucional, a atualização tecnológica e a aprendizagem organizacional.
- Reforçar a credibilidade e confiança, obter reconhecimento técnico e institucional, gerando maior confiança da população, dos profissionais de saúde e dos órgãos reguladores em relação à qualidade dos serviços prestados.
- Garantir a segurança do paciente ao instituir protocolos clínicos baseados em evidências e práticas de gerenciamento de risco, visando à redução de eventos adversos e à construção de um ambiente seguro e confiável.
- Otimizar a gestão de recursos e ampliar a eficiência da gestão de recursos humanos, materiais e financeiros, por meio do controle de indicadores, racionalização de insumos e sustentabilidade da operação.

Etapas da Implantação do Processo de Certificação:

- **Diagnóstico Situacional**: Levantamento e análise crítica do cenário atual da unidade, identificando fragilidades, potencialidades, riscos e não conformidades frente aos padrões exigidos pela ONA.
- **Auditorias Internas e Autoavaliação**: Capacitação de equipes para execução de auditorias internas sistemáticas, promovendo a cultura da autoavaliação contínua, do cumprimento de metas e da conformidade normativa.
- **Planejamento Estratégico e Plano de Ação:** Elaboração de planos operacionais por área, com definição de metas, prazos, responsáveis e indicadores-chave de desempenho (KPIs), com base nas lacunas identificadas.
- **Mapeamento de Processos Críticos:** Identificação e estruturação de processos de alto impacto, tais como atendimento inicial, classificação de risco, segurança do paciente, controle de infecção da unidade de saúde e gestão de leitos.
- **Capacitação, Engajamento e Comunicação Institucional**: Promoção de treinamentos técnicos e comportamentais, campanhas de engajamento, rodas de conversa e ações educativas, com o objetivo de garantir o comprometimento das equipes e a difusão da missão institucional.
- **Implantação de Protocolos e Ferramentas de Gestão**: Desenvolvimento e formalização de protocolos assistenciais, fluxogramas de processos, políticas institucionais e manuais operacionais. Criação de repositórios digitais e físicos para acesso universal das equipes.
- **Monitoramento, Indicadores e Avaliação Contínua**: Instituição de ciclos de avaliação contínua dos processos implantados, com análise de indicadores de qualidade, revisão das metas e reuniões periódicas de comitês estratégicos.
- **Avaliação Externa e Certificação**: Quando a maturidade organizacional for atingida, ou seja, quando a unidade demonstrar consistência nos processos, aderência aos padrões técnicos e estabilidade nos indicadores de qualidade e segurança, será formalizada a contratação de uma Instituição Acreditadora Credenciada (IAC) pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Essa IAC será responsável por conduzir a avaliação externa, em conformidade com o Manual Brasileiro de Acreditação, respeitando os critérios definidos para cada nível de certificação.

A primeira etapa será a visita de diagnóstico, que tem caráter orientativo e avaliativo. Durante essa visita, os avaliadores da IAC realizam uma análise detalhada dos processos assistenciais e administrativos, examinam a documentação institucional, entrevistam equipes multiprofissionais e verificam in loco a conformidade com os padrões exigidos.

Após a visita, a IAC emitirá um relatório técnico, contendo:

- O levantamento das não conformidades identificadas em relação aos requisitos da ONA;
- A descrição dos pontos fortes da unidade e das práticas exitosas;
- A sugestão de melhorias estruturais, organizacionais e de gestão, a serem adotadas como parte da estratégia de qualificação institucional.

Com base nesse relatório, a equipe gestora, em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, elaborará planos de ação corretiva e preventiva, detalhados por áreas e com prazos definidos, focando na adequação dos processos, na mitigação dos riscos e na consolidação das boas práticas.

Essas ações serão rigorosamente monitoradas por meio de indicadores de desempenho, auditorias internas e reuniões periódicas de avaliação. O objetivo é garantir que os ajustes necessários sejam implementados de forma eficaz e sustentável, promovendo o fortalecimento da cultura de qualidade.

Após o cumprimento das ações corretivas, será agendada uma nova avaliação externa com a IAC, a visita de certificação oficial, em que será verificada a conformidade da unidade com os critérios estabelecidos para o nível de acreditação almejado (Acreditado, Acreditado Pleno ou Acreditado com Excelência).

A obtenção do selo de acreditação ONA representa o reconhecimento formal da excelência na gestão, na segurança do paciente e na qualidade assistencial, conferindo à unidade maior credibilidade institucional, fortalecimento da imagem junto à comunidade e ampliação da competitividade no setor público de saúde.

Mais do que uma meta pontual, esse processo se consolida como um instrumento de transformação contínua, que incentiva a organização a buscar permanentemente patamares mais elevados de desempenho, por meio da conquista progressiva dos diferentes níveis de acreditação. Com isso, Unidade de Pronto Atendimento São Vicente reafirma seu compromisso com a excelência, a transparência e a entrega de valor real à população.

A adoção da metodologia ONA trará impactos transformadores para o modelo gerencial da unidade, contribuindo para:

- A ruptura com o paradigma tradicional, centrado apenas na resolução imediata da demanda, passando a um modelo baseado na qualidade, segurança e continuidade do cuidado.
- A promoção de uma mudança concreta no clima e na cultura organizacional, fortalecendo a cooperação, a corresponsabilidade e a cultura de excelência institucional.
- O aprimoramento da gestão de pessoas, com foco em qualificação contínua, reconhecimento de competências, valorização dos profissionais e consolidação de lideranças clínicas e administrativas.
- O aumento da eficiência operacional, da eficácia no alcance dos objetivos estratégicos e da efetividade institucional, com resultados sustentáveis que impactam positivamente a experiência do usuário, a confiança da comunidade e a imagem pública da instituição.

A certificação ONA representa mais do que um processo técnico de validação: trata-se de um instrumento estratégico de transformação organizacional. Sua adoção fortalece a governança institucional, profissionaliza a gestão da saúde pública e consolida um modelo assistencial ético, transparente, seguro e centrado nas pessoas.

A Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, ao trilhar esse caminho, posiciona-se como referência regional em qualidade e inovação em saúde, alinhando-se aos mais elevados padrões nacionais e internacionais de desempenho.

Após a obtenção da certificação, o monitoramento contínuo dos processos será mantido, com ênfase na busca constante por melhorias. A certificação é um processo dinâmico, e a unidade de saúde deve assegurar a manutenção dos padrões exigidos para garantir a continuidade da acreditação

A divulgação da conquista da certificação para profissionais, pacientes e comunidade reforça o comprometimento da Instituição com a melhoria contínua dos serviços, segurança do paciente e eficiência na gestão mantendo os padrões de qualidade.

CRONOGRAMA ACREDITAÇÃO NIVEL I				
ETAPA	**ATIVIDADES-CHAVE**	**RESPONSÁVEIS**	**PERÍODO (MÊS)**	**OBSERVAÇÕES**
Diagnóstico Situacional	Avaliação inicial da estrutura, processos e cultura organizacional	Gerencias / NQSP/ Lideranças	Mês 1	Utilizar checklist baseado nos padrões da ONA
	Levantamento de não conformidades	Equipe Multiprofissional	Mês 1	
Planejamento Estratégico e Plano de Ação	Construção da missão, visão, valores	Gerência / Lideranças	Mês 2	Alinhar ao modelo de gestão institucional
	Elaboração e validação do Plano de Ação	NQSP	Mês 2/ 3	
Auditorias Internas e Autoavaliação	Treinamento de auditores internos	NQSP	Mês 3/ 4	Formação básica em auditoria interna
	Execução da 1ª rodada de auditoria interna	Auditores internos	Mês 4	Relatórios servirão de base para melhorias
Mapeamento de Processos Críticos	Identificação de macroprocessos e fluxos prioritários	Coordenação / NQSP	Mês 4/ 5	Incluir: acolhimento, classificação, medicação
	Padronização e modelagem dos processos	Equipes técnicas	Mês 5	
Capacitação, Engajamento e Comunicação Institucional	Palestras, treinamentos e oficinas sobre Acreditação, segurança e qualidade	RH / Núcleo de Educação / NQSP	Mês 2 a 16	Cronograma contínuo (1 capacitação/mês)
	Ações de comunicação interna: mural, informativo, reuniões	NQSP/ Comunicação Interna	Mês 2 a 16	
Implantação de Protocolos e Ferramentas de Gestão	Adaptação e validação dos protocolos clínicos e operacionais	RT Médico/ Gerencias/ NQSP	Mês 5 a 10	Seguindo perfil epidemiológico local
	Implantação de ferramentas: gestão de risco, auditoria clínica, escuta qualificada	RT Médico/ Gerencias/ NQSP	Mês 6 a 11	Ferramentas baseadas nos requisitos da ONA
Monitoramento, Indicadores e Avaliação Contínua	- Definição de indicadores por área/setor	RT Médico/ Gerencias/ NQSP	Mês 6	Incluir segurança, tempo de espera, IRAS etc.
	- Acompanhamento mensal e plano de melhoria contínua	Núcleo da Qualidade	Mês 7 a 16	Reuniões periódicas para ajustes
Diagnóstico da IAC (Simulado)	Escolha e simulação oficial com base no Instrumento da IAC (ex. ONA nível 1)	Diretoria/ Gerencias/ NQSP/ Liderança	Mês 14	Avaliação prévia antes da auditoria externa
	Correção de não conformidades e plano de ação final	Equipes técnicas/ NQSP	Mês 14-15	Essencial para segurança da certificação
Avaliação Externa e Certificação	Solicitação da avaliação externa à acreditadora	Diretoria / Gerencia	Mês 15	Documentação pronta e equipe alinhada
	Realização da Avaliação Externa	Entidade Certificadora	Mês 16	Acompanhamento em tempo real

Importante Destacar

A estrutura física de uma unidade de saúde é um dos pilares fundamentais para a obtenção da Certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), pois influencia diretamente na segurança do paciente, na qualidade assistencial, na eficiência dos processos e no conforto de usuários e profissionais. A conformidade com os critérios estabelecidos pelos manuais da ONA e legislações vigentes, especialmente no que diz respeito ao ambiente físico seguro, acessível, funcional e adaptado às normas técnicas, essencial para alcançar e manter os níveis de certificação exigidos.

Além das diretrizes da ONA, as exigências legais previstas na RDC nº 50/2002 da Anvisa também devem ser rigorosamente observadas. Essa norma estabelece os requisitos mínimos para o planejamento físico de estabelecimentos assistenciais de saúde, assegurando aspectos como a segurança sanitária, funcionalidade, controle de

infecção, acessibilidade e sustentabilidade dos ambientes. O não cumprimento da RDC pode comprometer o processo de acreditação e até mesmo a autorização de funcionamento da unidade junto aos órgãos reguladores.

No entanto, muitas vezes as adequações estruturais necessárias para atender a esses padrões não estão previstas nos editais de contratação ou gestão, o que gera impactos financeiros significativos para as instituições responsáveis. Itens como acessibilidade universal, sinalização de segurança, climatização adequada, separação física de fluxos assistenciais, áreas técnicas normatizadas (como farmácia, CME, laboratório, áreas de resíduos), isolamento acústico e ambientes livres de barreiras arquitetônicas, entre outros, demandam investimentos expressivos em obras, infraestrutura, tecnologia e mobiliário técnico.

Quando tais exigências não estão contempladas no planejamento contratual, a instituição gestora se depara com a necessidade de alocar recursos adicionais, muitas vezes não previstos no orçamento inicial. Isso pode gerar desequilíbrios financeiros, necessidade de renegociação contratual ou até inviabilizar a meta de acreditação em determinado período.

2.3.2 Certificação Ambiental Sustentável

A certificação ambiental sustentável na área de saúde busca reconhecer as práticas e iniciativas de gestão ambiental que promovem a sustentabilidade, reduzem os impactos ambientais e contribuem para a melhoria contínua das operações em unidades de saúde. A seguir, ações para o desenvolvimento do modelo de certificação ambiental sustentável que poderá ser adaptado para Unidade de Pronto Atendimento São Vicente:

Diante do compromisso da alta Direção, deveremos estabelecer o comprometimento da unidade de saúde com a sustentabilidade e a gestão ambiental, através de ações como:

- Nomeação de um responsável ambiental.
- Inclusão de práticas ambientais no planejamento estratégico da unidade de saúde.

- Política ambiental documentada que abranja o compromisso com a redução de impactos ambientais e a promoção de práticas sustentáveis.

Com o compromisso de integrar práticas sustentáveis à gestão da unidade de saúde, a Unidade de Pronto Atendimento São Vicente propõe a adoção de uma política institucional de sustentabilidade ambiental, pautada em ações concretas, metas mensuráveis e conformidade com as diretrizes ESG (Ambiental, Social e Governança). A seguir, são apresentadas as principais áreas de atuação:

Gestão de Energia

Objetivo: Reduzir o consumo energético e aumentar a eficiência operacional, contribuindo com a redução da pegada de carbono da instituição.

Ações propostas:

- Substituição gradual da iluminação convencional por sistemas LED de alta eficiência.
- Instalação de sensores de presença e temporizadores para controle automático de iluminação em áreas comuns.
- Aquisição de equipamentos hospitalares com selo Procel/Inmetro de eficiência energética.
- Estudo de viabilidade e posterior instalação de sistemas de geração de energia renovável, como painéis solares fotovoltaicos.
- Criação de painéis de controle e dashboards para monitoramento em tempo real do consumo energético, com metas de redução definidas.

Gestão da Água

Objetivo: Promover o uso racional da água e a destinação correta dos efluentes, com foco na conservação dos recursos hídricos.

Ações propostas:

- Instalação de sistemas de reaproveitamento de água cinza para fins não potáveis (limpeza, irrigação).
- Utilização de dispositivos economizadores (arejadores, descargas com duplo fluxo) em sanitários e lavatórios.
- Monitoramento contínuo do consumo de água por setores, com emissão de relatórios e alertas de consumo anômalo.

- Programas internos de capacitação para promoção do uso consciente da água entre profissionais.

Gestão de Resíduos

Objetivo: Reduzir, reutilizar e reciclar os resíduos gerados, com ênfase na destinação correta dos resíduos.

Ações propostas:

- Fortalecimento do sistema de segregação dos resíduos, conforme RDC n.º 222/2018 (ANVISA).
- Contratação de empresas certificadas para coleta e tratamento de resíduos infectantes e químicos.
- Implantação de pontos de coleta seletiva e campanhas de reciclagem em setores administrativos.
- Parcerias com cooperativas locais para a reciclagem de papel, plásticos e eletrônicos.
- Ações educativas contínuas sobre o manejo adequado de resíduos com equipes e usuários.

Uso de Produtos Sustentáveis

Objetivo: Reduzir o impacto ambiental do consumo institucional, priorizando materiais com menor agressão ao meio ambiente.

Ações propostas:

- Política de compras sustentáveis priorizando fornecedores certificados com selos ambientais (FSC, ISO 14001).
- Aquisição de insumos biodegradáveis, produtos de limpeza ecológicos e EPIs com menor ciclo de vida ambiental.
- Análise de ciclo de vida (ACV) dos produtos hospitalares para tomada de decisão consciente nas aquisições.
- Redução do uso de plásticos descartáveis e substituição por materiais reutilizáveis sempre que possível.

Educação e Capacitação

Objetivo: Conscientizar e engajar os profissionais e a comunidade no compromisso com a sustentabilidade.

Ações propostas:

- Criação de um Programa Permanente de Educação Ambiental voltado para todos os profissionais.
- Campanhas educativas periódicas para pacientes e familiares sobre o consumo consciente e o descarte adequado de resíduos.
- Instituição de um Comitê de Sustentabilidade com participação multidisciplinar, focado na proposição e no monitoramento de ações ambientais.

Monitoramento e Avaliação

Objetivo: Medir, analisar e otimizar o desempenho ambiental da unidade.

Ações propostas:

- Implantação de um sistema de indicadores de desempenho ambiental (KPIs) com metas trimestrais e anuais.
- Realização de auditorias ambientais internas e externas, com relatórios técnicos e planos de melhoria.
- Elaboração de relatórios anuais de sustentabilidade, contendo metas, avanços e comparativos de desempenho.

Certificação e Reconhecimento

Objetivo: Consolidar a reputação ambiental da instituição por meio de selos e certificações reconhecidas.

Inovação e Melhoria Contínua

Fomentar uma cultura institucional de inovação voltada à sustentabilidade ambiental, promovendo o uso racional dos recursos e a adoção de soluções tecnológicas que elevem a eficiência operacional e reduzam o impacto ambiental das atividades na unidade de saúde.

Ações Propostas:

- Investimento em novas tecnologias ambientais, como sistemas automatizados de controle de energia e água, sensores de CO_2, dispositivos inteligentes (IoT) para gestão sustentável de insumos e infraestrutura da unidade de saúde.
- Apoio à pesquisa aplicada voltada ao desenvolvimento de materiais biodegradáveis, processos de esterilização com menor impacto ambiental, práticas de redução de resíduos e uso de fontes renováveis de energia.
- Estabelecimento de parcerias estratégicas com startups, universidades, centros de pesquisa e fornecedores do setor para cocriação de soluções inovadoras e sustentáveis adaptadas ao ambiente da unidade de saúde.
- Implantação de projetos-piloto, com fase de testes e validação técnica, que permitam avaliar a viabilidade e o impacto das inovações propostas antes de sua adoção em larga escala.
- Capacitação contínua das equipes para atuar com novas tecnologias, com foco em sustentabilidade e melhoria de desempenho institucional.
- Dada a natureza pública da gestão da unidade de saúde, a implementação de projetos inovadores que envolvam modificações na infraestrutura, aquisição de novos equipamentos ou adoção de soluções de médio a longo prazo dependerá da anuência prévia do contratante (como a Secretaria Estadual de Saúde). Assim, será essencial:
- Estabelecer diálogo permanente com o contratante, por meio de comitês de gestão, relatórios técnicos e apresentações de viabilidade;
- Apresentar previamente os projetos de inovação que requeiram aprovação orçamentária ou alterações físicas, justificando seus benefícios, custos e retorno esperado;
- Negociar a alocação de recursos financeiros adicionais, quando necessário, para viabilizar a implementação das ações inovadoras propostas;
- Ajustar os cronogramas de implantação em conformidade com as exigências legais, técnicas e administrativas definidas pelo contratante, respeitando os trâmites de aprovação e licitação pública.

A inovação sustentável, integrada à rotina da unidade e em consonância com o contratante, permitirá não apenas ganhos em eficiência e redução de custos operacionais, mas também o fortalecimento do compromisso institucional com o desenvolvimento sustentável e a saúde ambiental. O engajamento mútuo entre a entidade gestora e o

contratante será determinante para garantir que os avanços tecnológicos e ambientais sejam incorporados de forma eficaz, transparente e responsável.

A adoção de práticas sustentáveis em unidades de saúde ultrapassa o compromisso ambiental, ela representa uma estratégia de gestão inteligente, que alia responsabilidade socioambiental à eficiência operacional, à inovação contínua e à geração de valor público.

A implementação estruturada dessas propostas posicionará a Unidade Pronto Atendimento São Vicente como referência regional em saúde sustentável, promovendo o uso racional de recursos, a proteção ambiental, a conscientização da comunidade e a valorização dos profissionais. Além disso, reforçará o alinhamento da instituição com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU e com os princípios ESG, essenciais para a saúde do presente e do futuro.

2.3.2.1 Planejamento Estratégico para Certificação Ambiental da Unidade de Saúde (ESG)

A obtenção de uma certificação ambiental reconhecida representa não apenas um selo de qualidade institucional, mas também um compromisso público com a gestão responsável dos recursos naturais, a governança sustentável e a prestação de serviços de saúde alinhados com os princípios ESG (Ambiental, Social e Governança).

Para que essa certificação seja atingida com sucesso, é fundamental a definição e implementação de fases estratégicas bem estruturadas, que garantam a efetividade e a conformidade da unidade de saúde com os critérios exigidos pelo modelo de certificação escolhido. A seguir, são descritas as etapas recomendadas:

1. Análise de Viabilidade e Escolha do Modelo de Certificação

A primeira fase consiste em identificar qual certificadora e qual norma técnica melhor se alinham às características, ao porte e aos objetivos estratégicos da instituição. Entre os modelos mais reconhecidos estão:

- ISO 14001 – Sistema de Gestão Ambiental (internacionalmente reconhecido).
- Green Healthcare Certification – voltado exclusivamente ao setor da saúde.
- Programa Hospitais Saudáveis (GGHH) – iniciativa global focada na sustentabilidade hospitalar.

Essa etapa exige análise comparativa entre requisitos técnicos, escopo aplicável, custo, prazos e nível de exigência de auditoria. É recomendável o envolvimento da alta gestão, do setor de qualidade, engenharia clínica e área de sustentabilidade nesse processo decisório.

2. Diagnóstico Ambiental Institucional

A segunda fase compreende a avaliação detalhada do cenário atual da instituição, identificando suas práticas ambientais existentes, pontos de conformidade, fragilidades e oportunidades de melhoria. Esse levantamento envolve:

- Levantamento e análise dos processos de gestão de água, energia, resíduos, produtos químicos e consumo sustentável.
- Mapeamento dos riscos ambientais e legais.
- Identificação de lacunas em relação às exigências da certificação desejada.

O diagnóstico serve como base para a elaboração do Plano de Ação Estratégico de Sustentabilidade da instituição.

Implementação das Práticas Recomendadas

Com base nos dados do diagnóstico, inicia-se a etapa de implantação de práticas e ajustes operacionais, visando garantir o atendimento pleno às exigências da certificação. Nessa etapa, destacam-se:

- Adequação de processos, documentos e protocolos à norma.
- Adoção de tecnologias limpas e de baixo impacto ambiental.
- Implantação de indicadores ambientais e sistemas de monitoramento.
- Capacitação de profissionais e envolvimento de todas as áreas em ações sustentáveis.

É importante designar um Comitê de Certificação Ambiental para coordenar as ações e garantir a integração entre os setores.

Auditoria Externa e Certificação

Com os processos adaptados e estabilizados, será agendada com a certificadora a auditoria externa de avaliação, que verificará a conformidade da instituição com os critérios estabelecidos pela norma escolhida. Essa fase inclui:

- Verificação documental e observação em campo dos processos.

- Entrevistas com profissionais e análise de indicadores.
- Avaliação de práticas operacionais, gestão de riscos e programas de educação ambiental.

Após a auditoria, é emitido um relatório técnico com as não conformidades (se houver), os pontos fortes observados e as recomendações de melhoria.

Obtenção e Manutenção da Certificação

Se a unidade de saúde for aprovada na auditoria, receberá a certificação ambiental oficial, válida por um período determinado (geralmente de 1 a 3 anos). Para manutenção da certificação, são exigidas:

- Auditorias periódicas de supervisão.
- Relatórios de melhorias contínuas e acompanhamento de indicadores.
- Atualização constante dos processos em função das mudanças ambientais, legais ou operacionais.

Esse ciclo contínuo fortalece a cultura institucional de sustentabilidade e promove uma gestão ambiental sistemática e de longo prazo.

Planejar e conquistar uma certificação ambiental reconhecida é um passo fundamental para posicionar a unidade de saúde como uma instituição moderna, ética e ambientalmente responsável. Mais do que atender a requisitos técnicos, trata-se de integrar a sustentabilidade ao modelo de gestão em unidades de saúde, impactando positivamente:

- A eficiência dos recursos (água, energia, resíduos);
- A segurança do ambiente assistencial;
- A imagem institucional perante a comunidade e os órgãos reguladores;
- A motivação das equipes, por atuarem em um ambiente comprometido com o futuro.

Ao incorporar esse processo ao planejamento estratégico institucional, a unidade de saúde fortalece seu papel como referência em governança sustentável e assistência qualificada.

2.4 OS INDICADORES DE IMPACTO PROPOSTOS PELA INSTITUIÇÃO PRODUTIVIDADE

Os indicadores são ferramentas essenciais de gestão que facilitam a análise de grandes volumes de dados relacionados às instituições de saúde. Através deles, o gestor consegue acessar informações complexas de forma simplificada, permitindo uma tomada de decisão mais assertiva e estratégica para ajustes nas operações e nas práticas institucionais.

Esses indicadores possibilitam uma avaliação detalhada do desempenho da instituição, refletindo com clareza a situação real, incluindo métricas diretas e indiretas de áreas com maior complexidade.

A coleta, análise e acompanhamento regular de dados que avaliam como os serviços de saúde estão sendo prestados. Esses indicadores ajudam a mensurar a eficácia, eficiência e segurança dos atendimentos realizados na unidade de saúde.

- Indicadores assistenciais: avaliam aspectos do cuidado ao paciente, como taxas de infecção, tempo de permanência, número de readmissões, entre outros.
- Indicadores de qualidade: avaliam se os cuidados seguem padrões estabelecidos, como adesão a protocolos, satisfação dos pacientes, incidentes com pacientes etc.
- Indicadores de produtividade: medem a eficiência do trabalho das equipes, como número de atendimentos por profissional, exames realizados, cirurgias feitas, entre outros.

O objetivo é gerar dados que orientem a tomada de decisões, apontem oportunidades de melhoria e garantam a prestação de um serviço seguro e eficiente.

Após definir os indicadores relevantes, determinamos a melhor forma de abordar e organizar os dados, podendo ser por índice, percentual, número absoluto, taxa ou evento. Em seguida, é designamos um setor responsável pela coleta, cálculo e análise desses dados, garantindo a precisão e o acompanhamento contínuo.

Nesse cenário, a gestão envolve a análise constante dos processos internos da instituição por meio dos indicadores, com o objetivo de avaliar o desempenho e garantir o cumprimento das metas contratuais.

Os principais instrumentos para essa gestão de indicadores, destacamos:

- Foco no desempenho global institucional, abrangendo dados de produção, informações contábil-financeiras e indicadores.
- Foco na produção setorial, servindo como base para a coleta de dados.
- Foco corporativo nas diretrizes estratégicas da gestão.

- Foco no acompanhamento das metas estabelecidas no contrato de gestão.

Esses elementos contribuem para o desenvolvimento contínuo da qualidade na gestão da instituição e a excelência no atendimento à saúde.

Entendemos a necessidade de instituir a padronização de indicadores representativos fortalecendo a gestão da Instituição, bem como manter serie históricas para monitoramento da evolução.

Esses indicadores oferecem uma visão detalhada do desempenho da instituição, refletindo com clareza a situação real, e incluem métricas tanto diretas quanto indiretas, abrangendo áreas de maior complexidade. Após a definição dos indicadores mais relevantes, é necessário determinar a forma de organizar e abordar os dados, que podem ser apresentados por meio de índices, percentuais, números absolutos, taxas ou eventos. Em seguida, é designado um setor responsável pela coleta, cálculo e análise dos dados, garantindo a precisão e acompanhamento contínuo.

No contexto de gestão, o uso desses indicadores visa a análise constante dos processos internos da instituição, com o objetivo de avaliar o desempenho e assegurar que as metas contratuais sejam cumpridas. Para uma gestão eficaz, destacamos os seguintes focos principais:

- Desempenho global da instituição, abrangendo dados de produção, informações contábil-financeiras e indicadores.
- Produção setorial, que serve como base para a coleta de dados.
- Diretrizes estratégicas corporativas, que orientam as ações de gestão da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL).
- Acompanhamento das metas contratuais, estabelecidas de acordo com o contrato de gestão.

Esses focos ajudam a garantir a melhoria contínua da gestão da instituição e a excelência no atendimento à saúde. Além disso, entendemos a importância de padronizar os indicadores representativos, fortalecendo a gestão da instituição e mantendo séries históricas que possibilitem o monitoramento da evolução ao longo do tempo.

<u>Definições:</u>

- Indicador: Informação quantitativa ou fatos relevantes que refletem o desempenho de um processo, em termos de eficiência, eficácia ou satisfação. Permite acompanhar a evolução do processo ao longo do tempo.

- Índice: Razão entre duas grandezas que não estão incluídas uma na outra.
- Meta: Nível de desempenho desejado para um determinado período.
- Taxa: Coeficientes multiplicados por uma potência de dez (10, 100, 1000).
- Tendência: Comportamento dos resultados ao longo do tempo. A ONA exige a apresentação de pelo menos três resultados consecutivos para análise de tendência.

1. Objetivo da Gestão de Indicadores

Acreditamos na busca pela melhoria contínua dos processos, gestão eficaz e no compromisso social com a comunidade, com foco na qualidade da assistência prestada. Todos os esforços da instituição estão voltados para a gestão da qualidade, e isso é alcançado por meio da verificação dos processos da unidade de saúde através de indicadores.

A padronização de indicadores de processos para comparação de desempenho, quantidade e abrangência dos indicadores estão definidas para atender nosso propósito. A padronização proposta não limita a quantidade ou o tipo de indicadores, mas destaca a obrigatoriedade da incorporação dos indicadores padronizados no sistema de medição de cada unidade de saúde.

2. Padronização de Indicadores de Processos

Para cada unidade de saúde o planejamento deve ser específico para desenvolver sua gestão e aprimorar a qualidade dos serviços prestados. Dentre os instrumentos aplicados à gestão da unidade de saúde, destacamos os seguintes:

- Relatório de Atividades: Foca no desempenho global da instituição, incluindo dados de produção, informações contábil-financeiras e indicadores.
- Plano Estatístico: Foca na produção setorial e é a base para a coleta de dados.
- Indicadores e Objetivos Estratégicos: Relacionados às diretrizes estratégicas da gestão.
- Controle de Metas Contratuais: Foca no acompanhamento das metas do contrato de gestão.

Para desenvolver a gestão da qualidade, a necessidade de padronizar um conjunto de indicadores de processos na unidade de saúde foi identificada, com especial foco nos

indicadores diretamente ligados à assistência, realizando a seleção dos indicadores mais representativos para a padronização da Instituição.

A gestão deve estar fundamentada em um plano de desenvolvimento de estratégias que alinhem todos os processos internos às necessidades da comunidade e dos pacientes, garantindo a qualidade no atendimento. A utilização de indicadores possibilita a verificação da eficácia das estratégias e objetivos traçados, refletem a performance dos processos e indicam as ações de melhoria implementadas na unidade de saúde.

Para que a gestão seja eficaz, é fundamental que toda a organização tenha conhecimento das estratégias e metas estabelecidas. Isso garante que todas as áreas se envolvam no alcance de resultados sustentáveis e na melhoria contínua. Como afirmam Kaplan e Norton (1997), “o que não é medido não é gerenciado”, o que torna a implementação de indicadores uma prática indispensável, mesmo em hospitais que ainda não têm um planejamento estratégico formalizado.

Registros e Monitoramento

Os indicadores devem ser levantados mensalmente em todos os serviços de saúde administrados pela unidade, conforme as seguintes diretrizes:

- Cada indicador de processo possui uma ficha técnica correspondente, que define como deve ser apurado.
- Os dados devem ser alimentados mensalmente.
- Os indicadores devem ser alimentados e analisados em uma ficha de análise crítica

A utilização de indicadores desempenha um papel crucial no desenvolvimento contínuo da qualidade da gestão da unidade de saúde. Ao identificar oportunidades de melhoria e favorecer a criação de um banco de boas práticas institucionais, os indicadores contribuem diretamente para o aprimoramento dos processos. Para uma compreensão mais clara, apresentamos abaixo a estruturação das informações necessárias para a mensuração dos indicadores:

Nome do Indicador: O título do indicador deve refletir de forma precisa o que está sendo medido, garantindo clareza e objetividade na sua interpretação.

Objetivo: Esta seção define a relevância do indicador dentro do processo, esclarecendo sua contribuição para o alcance de metas e para a melhoria contínua dos serviços prestados.

Dados que compõem o indicador: A fórmula que descreve a equação matemática com a qual o indicador será calculado. Caso existam indicadores semelhantes já monitorados, é possível verificar possíveis desvios locais. Importante ressaltar que o uso de fórmulas divergentes pode gerar dados inconsistentes, prejudicando análises e comparações confiáveis.

Definição: Apresenta a explicação detalhada da fórmula utilizada, facilitando o entendimento. Cada componente da fórmula deve ser explicado separadamente, garantindo clareza. É fundamental observar as especificações relevantes que influenciam o resultado do indicador, identificando gaps de dados que não devem ser considerados no cálculo.

Fonte de dados: Indica a origem dos dados utilizados para calcular o indicador. Exemplos incluem livros, relatórios gerados por sistemas informatizados, tabelas de dados, entre outros.

Meta: A unidade de saúde deve observar seu sistema de gestão e definir metas específicas para cada indicador, alinhando os objetivos estratégicos com as metas locais que se deseja alcançar.

Período: Define o intervalo de tempo em que o indicador será analisado. Esse período também deve ser estipulado pela unidade de saúde para que as metas possam ser ajustadas e os resultados, avaliados.

A elaboração da ficha técnica de cada indicador estabelece as orientações de forma clara e objetivas definindo a padronização da metodologia formulada para cada dado relevante, por tratar-se de ação contínua, não poderão ser alteradas, motivo pelo qual deve ser criteriosamente seguida.

Análise crítica

O conceito de Análise Crítica é definido como: “Verificação profunda e global de um projeto, produto, serviço, processo ou informação quanto a requisitos, objetivando identificar problemas e propor soluções” (Glossário FNQ, 2006).

Estruturação de reunião periódica para realização de análise crítica deve ser realizada em três etapas: gestores e sua equipe; gestores e partes envolvidas e gestores e diretoria, onde deve ser analisado o desempenho dos processos com relação ao alcance das metas previamente determinados de acordo com a missão e planejamento estratégico da instituição.

A periodicidade da reunião dos gestores com sua equipe deve ser mensal, as demais, conforme definido pela diretoria.

Descrição do processo de análise crítica

- O processo de análise crítica deve iniciar com a determinação de coleta de indicadores, que deve ser sistematizada conforme o fechamento do Plano Estatístico da organização, assim todos tem a mesma fonte de dados e informações para compor o cálculo dos seus indicadores.
- Comparar o resultado dos indicadores com as metas e tendências estabelecidas para o mesmo e com o desempenho deste em relação ao mesmo período do ano anterior, quando relevante.
- Analisar as causas dos resultados que ficaram fora da meta estabelecida e/ ou com tendência desfavorável.
- Aqueles que foram identificados fora da meta ou tendência devem definir um plano de melhoria.
- Para Análise Crítica recomenda-se utilizar algumas ferramentas da qualidade como: Brainstorming, 5W2H, Ishikawa, dentre outros.

Tomada de decisão e definição de ações corretivas e preventivas

O objetivo desta etapa é buscar meios de incorporar o aprendizado obtido na Análise Crítica à prática real da Instituição, minimizando os efeitos indesejados e potencializando os efeitos desejados.

Uma vez conhecidas as causas para o "problema", devem-se determinar, para cada uma destas causas, ações para a manutenção, melhoria ou ajuste do desempenho.

O desafio é desenvolver a criatividade e viabilidade das alternativas, definindo uma sequência de ações sobre as causas, certificando-se de que as ações serão tomadas sobre as causas fundamentais e não sobre seus efeitos. Não há obrigatoriedade de haver uma ação para cada causa, porém não pode haver causa que não tenha ação, sendo assim, pode ser determinada uma ação que se relacione a várias causas.

Estimar prazos e custos envolvidos nas decisões, buscando sempre a melhor relação custo x benefício.

As ações definidas podem ser: Decisões gerenciais; Ações corretivas ou preventivas; Melhorias de processos e/ou produtos; Necessidade de recursos;

Pendências para uma investigação mais profunda sobre a causa raiz do problema; e Necessidade de novas informações; dentre outras.

O Plano de Ação é o produto de um planejamento com o objetivo de orientar as diversas ações a serem implementadas, com total esclarecimento de fatores vinculados a cada uma delas.

Aprovação e comunicação das decisões

O gestor responsável pela Análise Crítica deve submeter a análise de causas e o Plano de Ação para aprovação de sua diretoria imediata, explicando claramente as tarefas e a razão de cada uma.

O responsável por esta etapa deve ser criterioso ao avaliar se as ações propostas estão voltadas à solução das causas-raiz do problema ou estão apenas focadas no problema em si. Ações que não atacam as causas-raiz tendem a impedir o surgimento de um novo desempenho.

Após aprovação, o gestor deve divulgar este Plano de Ação a todos os envolvidos, aplicar treinamentos aos profissionais, certificando-se de que todos entenderam as medidas propostas.

Implementação e acompanhamento das ações definidas

As ações definidas devem ser registradas, por onde os gestores poderão acompanhar os registros referentes à implantação de cada ação.

Deve ser observado o cumprimento de prazos, investimentos previstos e outros itens de controle de cada ação.

Verificação

Nesta etapa, deve-se verificar se os resultados obtidos a partir da implementação das ações foram efetivos, ou seja, se os dados coletados antes e após a ação melhoraram.

Devem-se monitorar os processos, por meio dos indicadores de processo de gestão e assistenciais, referentes a análises críticas anteriores.

Conclusão da Análise Crítica

O objetivo principal do processo de análise crítica é a melhoria contínua, ou seja, elevar o nível da qualidade e segurança dos serviços prestados, os indicadores passem a

ser analisados e registrados sistematicamente pelos seus responsáveis, conforme sugerem as boas práticas de gestão.

Análise crítica é definida como uma revisão aprofundada e global de processos, produtos ou informações para verificar se estão cumprindo com os requisitos estabelecidos, identificar problemas e propor soluções. De acordo com o Glossário FNQ (2006), a análise crítica busca identificar pontos de melhoria e possibilitar a tomada de decisões que visem à solução de problemas.

Em relação ao uso de indicadores, acreditamos na importância do uso correto da ferramenta da gestão na unidade de saúde, permitindo o monitoramento contínuo do desempenho, a identificação de falhas e oportunidades de melhoria, além de orientar a tomada de decisão baseada em evidências. Para garantir que os dados gerados sejam confiáveis, comparáveis e úteis, é fundamental que os indicadores sejam estruturados de forma padronizada e alinhados com os objetivos estratégicos da instituição.

Descrevemos abaixo um modelo de estruturação para indicadores com finalidade de guiar a definição e o acompanhamento sistemático dos principais processos assistenciais, administrativos e de apoio, promovendo a cultura da qualidade, segurança e eficiência. A padronização das informações facilita a análise dos resultados ao longo do tempo, o alinhamento com certificações como ONA e metodologias de sustentabilidade ambiental, além de reforçar o compromisso institucional com a transparência, a responsabilidade na gestão pública e a melhoria contínua dos serviços prestados à população.

Estruturação, monitoramento de indicadores para garantir uma gestão eficiente, transparente e orientada por resultados, faz-se necessário estabelecer diretrizes estruturais para o monitoramento das atividades e a análise contínua da sua evolução. Isso deve ser feito por meio de indicadores de produtividade, desempenho e qualidade, permitindo a construção de uma visão crítica, sistêmica e integrada da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, que requer o uso de métodos de monitoramento que permitam identificar, mensurar, analisar e corrigir falhas ou lacunas assistenciais, administrativas e gerenciais. Nesse cenário, a gestão por indicadores torna-se ferramenta essencial para conduzir decisões baseadas em evidências e para o fortalecimento da cultura de desempenho institucional.

É imprescindível que a gestão utilize ferramentas de planejamento e controle compatíveis com o perfil assistencial da unidade e com seus objetivos estratégicos,

permitindo a análise conjunta das dimensões financeira, operacional e assistencial. A utilização de indicadores torna possível o monitoramento contínuo dos resultados, a identificação de gargalos, a avaliação do cumprimento de metas e a criação de planos de ação estruturados e voltados para a melhoria contínua.

Além de fornecer subsídios técnicos para a qualificação da gestão, o uso de indicadores possibilita o registro histórico das informações da unidade, funcionando como instrumento de diagnóstico situacional, revisão de metas e redefinição de estratégias operacionais e políticas públicas, em alinhamento com as necessidades reais do território e da população atendida.

Diretrizes estruturais para o uso de indicadores

A organização do sistema de indicadores da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente deve seguir três diretrizes estruturadas que asseguram consistência e integração aos processos institucionais:

1. Implantação de um sistema de informação institucional robusto e padronizado, com foco no registro, processamento e análise de dados estratégicos, garantindo rastreabilidade, precisão e disponibilidade das informações.

2. Realização de análises críticas regulares pelas lideranças institucionais, com base em dados consolidados, priorizando a identificação de riscos, falhas recorrentes, potencialidades e áreas de melhoria, sempre com registro de ações corretivas ou de aperfeiçoamento.

3. Adoção do benchmarking, permitindo a comparação dos resultados obtidos com padrões externos de excelência, seja por meio de experiências bem-sucedidas de outras instituições ou por metas referenciais pactuadas com entes públicos contratantes. Essa comparação fortalece o aprendizado organizacional e a busca por alto desempenho.

Cabe destacar que a comparação com referenciais externos deve ser entendida não como mera competição, mas como ferramenta estratégica para nivelar a qualidade dos serviços prestados, alinhar-se a práticas consagradas e consolidar a Unidade de Pronto Atendimento São Vicente como serviço de referência na rede local e regional.

Devido à ampla oferta de indicadores existentes em sistemas de saúde e à necessidade de foco nos resultados mais relevantes, recomenda-se uma seleção criteriosa com base em critérios que assegurem aplicabilidade, relevância e viabilidade:

1. Simplicidade: indicadores de fácil cálculo, interpretação e comunicação com diferentes públicos (técnicos, gestores e sociedade).

2. Disponibilidade da informação: dados acessíveis em sistemas institucionais, evitando a necessidade de coleta manual dispendiosa.

3. Capacidade de gerar tendências e insights: indicadores que forneçam subsídios para decisões táticas e estratégicas.

4. Periodicidade: possibilidade de acompanhamento frequente (diário, semanal, mensal), sem comprometer a rotina da equipe.

5. Confiabilidade e segurança da informação: dados coletados com rigor técnico, protegidos de manipulações e inconsistências.

Os indicadores padronizados devem ser incorporados à rotina institucional, com resultados compartilhados entre os setores envolvidos, favorecendo o engajamento das equipes e a prática da gestão participativa. Esses indicadores serão a base da análise de desempenho, do planejamento setorial e da priorização de recursos.

A gestão dos indicadores deve ser organizada de forma cíclica, contínua e integrada, permitindo avaliações periódicas, intervenções tempestivas e replanejamento estratégico. As etapas principais dessa gestão são:

1. Definição técnica dos indicadores, com ficha descritiva que contenha: objetivo do indicador, fórmula de cálculo, fonte de dados, unidade de medida, frequência de apuração, meta e responsável pela coleta e análise.

2. Organização de rotinas institucionais de fechamento e análise, com prazos definidos para consolidação dos dados e publicação dos resultados, preferencialmente no mês subsequente à coleta.

3. Realização de análises críticas em três níveis:

✓ Reuniões entre gestores e suas equipes imediatas;

✓ Encontros entre gestores e os setores envolvidos na operacionalização dos processos;

✓ Reuniões entre gestores e a diretoria técnica/administrativa, promovendo avaliação institucional global.

4. Identificação de desvios de metas ou oportunidades de melhoria, com proposição de planos de ação, readequação de recursos, treinamentos ou reformulação de processos.

5. Divulgação institucional dos resultados, com uso de ferramentas como:

- ✓ Painéis de gestão à vista;
- ✓ Relatórios mensais distribuídos por e-mail/intranet;
- ✓ Apresentações em reuniões gerais;
- ✓ Participação em congressos ou eventos técnicos para benchmarking externo.

Para este projeto, propõe-se uma estrutura organizada por níveis, que articule os objetivos da UPA com seus resultados operacionais:

Indicadores Estratégicos

- Controle de Metas Contratuais: acompanhamento dos compromissos firmados com o gestor público (ex: número de atendimentos, tempo de espera, resolutividade).
- Objetivos Estratégicos: alinhamento com o plano de gestão institucional, com foco em inovação, qualidade e eficiência.

Indicadores Táticos

- Relatórios de Atividades Institucionais: análise integrada do desempenho da unidade, incluindo produção assistencial, recursos financeiros, gestão de pessoas, processos e suporte administrativo.

Indicadores Operacionais

- Plano Estatístico Setorial: consolidação da produção diária dos serviços (exames, consultas, procedimentos), servindo de base para monitoramento técnico-operacional e redistribuição de demandas.

A padronização proposta não limita a inclusão de novos indicadores, mas define um conjunto mínimo que deve estar presente em todos os processos de monitoramento. Importante ressaltar que um mesmo indicador pode integrar mais de um nível ou instrumento de gestão, desde que respeitado o princípio de alimentação única da base de dados, evitando retrabalho e assegurando a integridade da informação.

Para a implementação da estrutura técnica dos indicadores de desempenho na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, informação fundamental para garantir a qualidade assistencial, a segurança do paciente, a eficiência operacional e o cumprimento das metas contratuais e estratégicas. A definição clara dos indicadores permite padronizar

a mensuração dos resultados, orientar a tomada de decisões e promover a melhoria contínua dos processos institucionais.

Assegurando a coerência, comparabilidade e rastreabilidade dos dados, cada indicador deve ser estruturado com base em componentes técnicos definidos, que orientem sua formulação, aplicação e monitoramento. Esses elementos garantem que os indicadores estejam alinhados aos objetivos da instituição, respeitando as especificidades de cada setor da unidade e possibilitando análises regulares e fundamentadas**.**

A seguir, apresenta-se as etapas para descrição e implementação de indicadores de desempenho, a ser utilizado como referência institucional:

- Processo: Área, setor ou etapa da assistência, apoio ou gestão onde o indicador será aplicado. *Exemplo: Acolhimento com Classificação de Risco, Atendimento Médico, Limpeza Hospitalar, Farmácia, Enfermagem, Suprimentos.*
- Nome do Indicador :Título objetivo e direto que identifique claramente o que será mensurado. *Exemplo: Taxa de Ocupação dos Leitos, Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico.*
- Objetivo do Indicador: Finalidade da medição, descrevendo o que se pretende monitorar, avaliar ou melhorar. *Exemplo: Avaliar a eficiência da utilização dos leitos de observação da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente***.**
- Fórmula de Cálculo / Composição do Indicador: Elementos do cálculo, com definição clara do numerador e denominador. Exemplo:
  - Numerador: Número total de pacientes-dia.
  - Denominador: Número de leitos disponíveis X número de dias no período.
- Fonte de Dados: Origem das informações utilizadas no cálculo do indicador. *Exemplo: Sistema de Gestão da UPA, Prontuário Eletrônico, Livro de Registros, Planilhas Setoriais.*
- Meta: Valor de referência (percentual ou absoluto) que se pretende atingir, ajustado conforme a realidade institucional. *Exemplo: Manter a taxa de ocupação média mensal acima de 85%.*
- Período de Análise: Intervalo de tempo que será considerado para cálculo do indicador. *Exemplo: Mensal, Trimestral, Semestral, Anual.*
- Frequência de Monitoramento: Periodicidade com que o indicador será coletado, analisado e apresentado à gestão. *Exemplo: Coleta mensal com discussão em reuniões bimestrais do núcleo gestor.*

- Direção Esperada/ Direção ideal do resultado: se o valor desejável é mais alto, mais baixo ou estável. *Exemplo: Quanto menor, melhor (ex: taxa de infecção); Quanto maior, melhor (ex: resolutividade); Estável (ex: equilíbrio financeiro).*
- Referencial Externo (Benchmark): Fonte externa utilizada como parâmetro comparativo de desempenho. *Exemplo: RDC 36/2013 da Anvisa, Indicadores da ANS, Manual ONA, Protocolos do Ministério da Saúde.*
- Responsável pelo Indicador: Setor, equipe técnica ou profissional encarregado da coleta, análise e apresentação dos resultados. *Exemplo: Gerencia de Enfermagem, Núcleo de Qualidade e Segurança, Equipe Técnica da Gestão Assistencial.*

As fichas de análise crítica deverão seguir o mesmo padrão e orientações da ficha técnica do indicador, sendo obrigatória a realização do preenchimento completo de todos os campos para cada indicador analisado pela unidade de saúde.

A análise crítica consiste na avaliação sistemática dos resultados obtidos, levando em consideração tendências, variações, causas de desvios, impactos assistenciais ou operacionais e ações corretivas ou preventivas implementadas. Deve-se interpretar os dados à luz do contexto institucional, considerando fatores internos e externos que possam ter influenciado o desempenho. O objetivo dessa análise é não apenas avaliar o desempenho, mas também identificar oportunidades de melhoria, promovendo ciclos contínuos de aprimoramento. Por meio dela, a instituição pode planejar, implementar, monitorar e revisar ações de forma estruturada, com foco na qualidade, segurança do paciente, eficiência operacional e cumprimento das metas institucionais.

A importância da análise crítica está na sua capacidade de transformar dados em conhecimento prático, orientando decisões estratégicas e operacionais. Além disso, fortalece a governança clínica e administrativa, promove a transparência, contribui para o atendimento aos requisitos de acreditações (como ONA, ISO, etc.) e consolida a cultura de gestão baseada em evidências.

Toda análise deve ser formalmente registrada, discutida com as equipes envolvidas e disponibilizada para auditorias, comissões internas e instâncias de avaliação institucional.

A apresentação dos indicadores de maior impacto na gestão das unidades estão descritos a seguir, com objetivo demonstrar o desempenho institucional em diferentes áreas na unidade de saúde, abrangendo os processos assistenciais, administrativos e de apoio. Esses indicadores permitem monitorar resultados, identificar desvios, promover

ajustes e fortalecer a tomada de decisões baseada em dados concretos. Ao acompanhar regularmente essas métricas, a instituição reforça seu compromisso com a qualidade, a segurança do paciente, a eficiência operacional e a sustentabilidade dos serviços prestados.

No quadro abaixo apresentamos sugestões de indicadores a serem implantados em Unidades de Pronto Atendimento.

SETOR / UNIDADE	INDICADOR
Observação	Taxa de reinternação no mesmo CID em até 72 horas
	Média de permanência geral
	Taxa de pacientes internados com alto grau de dependência.
	Horas de assistência de enfermagem prestada
Pronto Atendimento	Tempo médio de atendimento do pronto socorro
	Tempo Médio de Atendimento por Classificação de Risco – Código Vermelho
	Tempo Médio de Atendimento por Classificação de Risco – Código Laranja
	Tempo Médio de Permanência em leitos de observação do pronto atendimento
	Taxa de Encaminhamento para procedimento em pronto socorro
	Taxa de retorno de pacientes de pronto socorro
Assistência Farmacêutica	Taxa de prescrições médicas avaliadas
	Indice de Perda de Medicamentos
	Taxa de erros de medicação interceptadas antes da administração
	Quantidade de não conformidades recebidas pelo setor

	Taxa de reconciliação medicamentosa
	Evolução de notificações de farmacovigilância e tecnologia
Assistência Nutricional	Índice de Resto de Ingesta
	Taxa de avaliação em nutrição clínica
Análises Clínicas	Taxa de recoleta de sangue
	Taxa de Conformidade com o Controle de qualidade externo
	Taxa de liberação de resultados de exames laboratoriais em até duas horas
Diagnóstico por Imagem	Tempo médio de disponibilização de resultados de exames de diagnóstico por imagem de paciente internado
	Taxa de repetição de exames de diagnóstico por imagem
SAME	Número de produção da unidade de saúde - Saídas
	Taxa de prontuários com pendências
Gestão de equipamentos e tecnologia médico-hospitalar	Taxa de ordem de serviços atendida em relação as recebidas
	Horas de equipamento parado para manutenção corretiva
	Taxa de cumprimento de cronograma de calibração e manutenção preventiva
Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos	Adesão à Higiene das Mãos (% de conformidade)
	Adesão ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)
	Capacitações realizadas em boas práticas de prevenção de IRAS (nº e % de participação da equipe)
	Notificações de agravos relacionados à assistência (ex: escabiose, conjuntivite, varicela, etc.)
Processamento de	Índice de processamento por tipo: esterilização interna e externa, desinfecção química.

Materiais e Esterilização	Taxa de lotes interditados de material estéril
Higienização	Índice de resíduos infectados por paciente-dia
	Índice de consumo de preparação alcoólica para mãos
	Índice de consumo de sabonete
	Percentual de cumprimento de limpezas programadas
Núcleo Educação Permanente (NEP)	Indice de profissional capacitados mês, de acordo com a programação de treinamento
	Total hora homem capacitados meses
	Total de treinamentos realizados x programados (Evolução de treinamento)
Corpo Clínico	Taxa de Médicos com título de especialista
Núcleo Qualidade e segurança Paciente (NQSP)	Número de não conformidades de interação de processo
	Taxa de eventos adversos associados à falhas na comunicação
	Taxa de eventos adversos relacionados à falhas na identificação do paciente
	Taxa de adesão global aos protocolos de segurança do paciente
	Evolução de eventos adversos/sentinela
	Índice de queda
	Incidência de flebite
Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)	Taxa de pesquisa aplicada na internação
	Taxa de satisfação do paciente internado
SESMT	Indice de Profissionais com vacinações completa

	Indice de acidente de trabalho
	Indice de acidentes relacionados com perfurocortante
Faturamento	Taxa de contas de internação não faturadas;
	Quantidade de contas de internação reprocessadas;
	Taxa de conformidade de preenchimento de prontuário;
	Indice de prontuários com anotações incompletas.
TI	Indice de atendimento das chamadas global.
	Tempo de solução das chamadas críticas.
	Tempo de solução das chamadas semicríticas.
	Tempo de solução das chamadas não críticas.
Compras e Suprimentos	Taxa de contratos com pendências
	Número de eventos notificados
	Percentual de compras emergenciais
	Indice de perda de materiais e medicamentos
	Indice de atendimento de item solicitado e atendido
	Taxa de fornecedores qualificados
	Taxa de Fornecedores Qualificados
	Orçamento mensal de compras
	Giro de estoque

	Percentual de itens atendidos pelo Departamento de Compras
SND/ Cozinha	Indicadores de qualidade, como tempo de preparo, satisfação do paciente, taxa de não aceitação e conformidade com as dietas — são monitorados continuamente
SPR	Indice de satisfação do usuário – Rouparia
	Quantidade de roupa lavadas
	Peso de roupas lavadas por paciente - dia
Financeiro	Indice de juros pagos em relação a receita
Contabilidade	Custo global do paciente, Custo leito, Custo por setor
Gestão de Pessoal (RH/ DP)	Taxa de absenteísmo
	Taxa de rotatividade (Turnover)
	Taxa de aprovados no período de experiência
	Evolução de treinamento global
	Evolução de treinamento assistencial
	Taxa de médicos com título de especialista
	Tempo médio de reposição dos profissionais
	Taxa de aprovados no período de experiência
Núcleo Interno de Regulação	Índice de transferência para hospital de complexidade superior
	Taxa de ocupação dos leitos por clinicas

	Índice de rotatividade dos leitos por clinicas

** Nota: Relação de indicadores a serem implementados de acordo com a realidade local.*

2.5 A DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS DE MODERNIZAÇÃO GERENCIAL ADOTADOS PELA INSTITUIÇÃO

As estratégias definidas para garantir o sucesso na implantação do modelo de gestão consideram cuidadosamente o impacto gerado pela mudança de paradigma em relação ao modelo atualmente em vigor. Também são levadas em conta as transformações no clima e na cultura organizacional, a gestão de pessoas e a busca contínua por maior eficiência, eficácia e efetividade nos processos.

As abordagens metodológicas que sustentam essas estratégias foram selecionadas com base em sua ampla adoção e comprovada efetividade no meio corporativo. São metodologias consolidadas, amplamente referenciadas por fontes acadêmicas e especializadas nos campos da administração e da saúde.

Todos os recursos e ferramentas aplicados no projeto foram estudadas e organizadas pela Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), com o propósito de atender de forma precisa aos requisitos específicos da iniciativa. O objetivo é assegurar a implementação bem-sucedida das estratégias de gestão, sempre alinhadas aos valores que orientam nossa atuação.

A instituição tem como missão oferecer assistência nas áreas de educação, saúde e serviços médico-hospitalares a todos que busquem seus serviços, sem qualquer tipo de discriminação. Também atua na assistência social, promovendo iniciativas que contribuam para o bem-estar da comunidade.

Para garantir uma gestão estratégica e operacional eficaz, são adotadas ferramentas consolidadas, que fortalecem a cultura de melhoria contínua e tornam os processos institucionais independentes de indivíduos. Isso proporciona mais eficiência, qualidade e efetividade nas atividades da organização. Entre essas ferramentas, destacam-se:

2.5.1 Planejamento Estratégico

Um processo que ajuda a organização a definir para onde quer ir, como vai chegar lá e como medir o progresso ao longo do tempo. Ele serve para alinhar as

ações do dia a dia com a missão (o propósito da organização), a visão (onde ela quer chegar no futuro) e os valores que orientam sua atuação.

O planejamento estratégico é um processo fundamental para direcionar as ações de uma organização de forma estruturada, consciente e orientada para o futuro. Trata-se de um instrumento de gestão que permite estabelecer com clareza os objetivos de médio e longo prazo, definir as estratégias necessárias para alcançá-los e garantir que todos os esforços e recursos da instituição estejam alinhados com sua missão, visão e valores.

Por meio do planejamento estratégico, a organização analisa seu cenário atual, tanto interno quanto externo, identificando suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (análise SWOT). Essa análise fornece as bases para decisões mais assertivas, permite uma alocação mais eficiente de recursos e fortalece a capacidade da instituição de se adaptar às mudanças do ambiente.

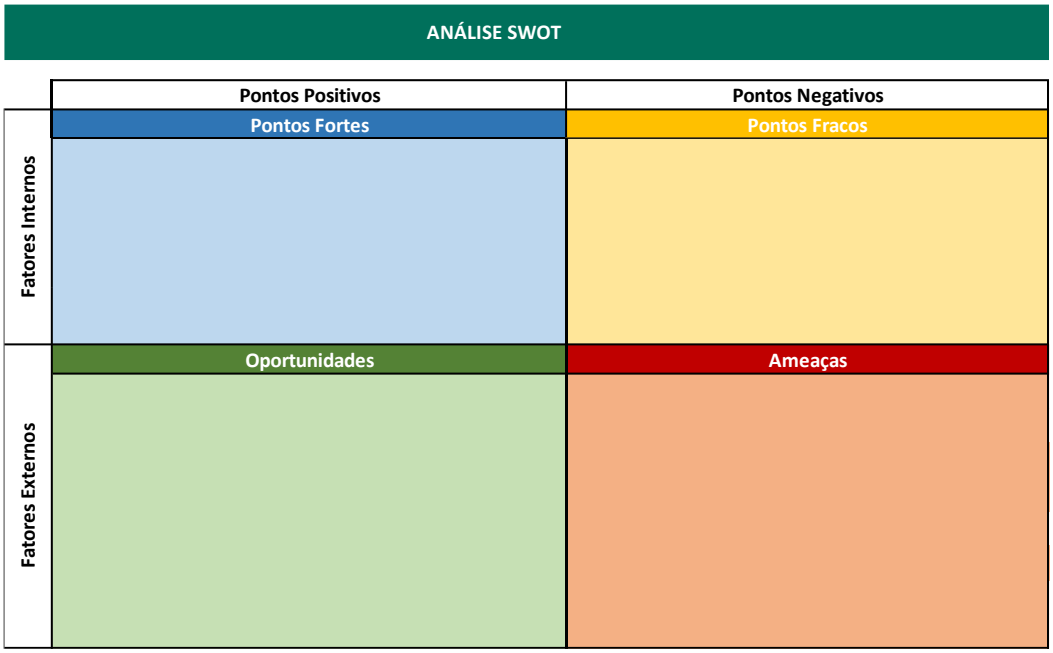


**Foto ilustrativa.*

A aplicação da Matriz SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) permite construir uma análise diagnóstica clara e objetiva sobre o cenário atual de uma Unidade de Pronto Atendimento São Vicente. Essa ferramenta possibilita identificar elementos internos e externos que impactam a operação da unidade,

facilitando o planejamento de estratégias assertivas, a definição de prioridades e a gestão de riscos.

O primeiro eixo da matriz envolve o ambiente interno, ou seja, tudo aquilo que está sob o controle direto da unidade, como infraestrutura, recursos humanos, processos e gestão. Dentro desse ambiente, identificamos as forças, que são os pontos positivos e diferenciais da unidade. Entre eles, destacam-se a existência de uma equipe multiprofissional qualificada, protocolos clínicos estruturados, resolutividade nos atendimentos de baixa e média complexidade, uso de prontuário eletrônico e boa articulação com a rede de saúde local. Esses fatores contribuem para o desempenho satisfatório da unidade e para a confiança da população usuária.

Por outro lado, ainda no ambiente interno, reconhecem-se as fraquezas, que representam fragilidades institucionais que limitam a performance e comprometem a eficiência dos processos. Entre as mais frequentes estão a insuficiência de profissionais em determinados turnos, estrutura física deficiente ou inadequada ao fluxo de atendimento, ausência de padronização de rotinas, baixo engajamento com os indicadores e falhas no processo de regulação interna. Essas limitações impactam diretamente na capacidade de resposta da unidade e na experiência do usuário.

O segundo eixo da análise contempla o ambiente externo, que envolve fatores fora do controle direto da instituição, mas que influenciam significativamente seu funcionamento. Nesse contexto, as oportunidades são elementos positivos que podem ser aproveitados pela gestão para alavancar melhorias e fortalecer a atuação da unidade. Exemplos disso incluem a possibilidade de parcerias com instituições de ensino e pesquisa, editais de fomento federal para reestruturação da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, expansão do uso da telemedicina, incentivos governamentais para qualificação de profissionais e regionalização da rede de atenção à saúde, que melhora o fluxo de encaminhamentos e contrarreferência.

Em contrapartida, as ameaças representam fatores externos de risco, que exigem monitoramento constante e estratégias de mitigação. São exemplos: o subfinanciamento crônico da saúde pública, alta demanda espontânea não regulada, déficit de leitos de retaguarda hospitalar, instabilidade política e administrativa nos entes gestores, e emergências sanitárias que geram sobrecarga nos serviços. Esses

elementos, se não gerenciados, podem comprometer a continuidade do atendimento, a qualidade da assistência e a sustentabilidade.

A análise SWOT, ao reunir essas quatro dimensões, oferece uma visão ampla e crítica da situação atual da unidade. Ela subsidia a construção de planos de ação focados, baseados em evidências e direcionados ao fortalecimento institucional, à melhoria da qualidade assistencial e à gestão eficiente dos recursos disponíveis.

Além disso, para o planejamento estratégico proporciona uma visão sistêmica da organização, promovendo a integração entre setores e a definição de prioridades. Isso contribui para a criação de metas claras, mensuráveis e realistas, acompanhadas de planos de ação detalhados que especificam responsáveis, prazos, recursos necessários e indicadores de desempenho (KPIs). O acompanhamento contínuo dessas metas e indicadores permite ajustes ao longo do tempo, garantindo que a organização permaneça no caminho certo e possa responder rapidamente a novos desafios.

No contexto de instituições de saúde o planejamento estratégico assume um papel ainda mais relevante. Ele é essencial para assegurar a qualidade no atendimento, a sustentabilidade financeira, a gestão eficiente de recursos humanos e materiais, e a resposta adequada às demandas da comunidade. A adoção de modelos de gestão estratégica bem fundamentados fortalece a governança, qualifica a tomada de decisão e contribui diretamente para a melhoria dos serviços prestados.

A gestão estratégica, com foco na otimização das operações em unidades de saúde, será desempenhada por uma equipe de gestores com as seguintes responsabilidades:

- Liderança: Nomeando profissionais com experiência em administração para liderar diretamente as operações da unidade de saúde, garantindo que a gestão seja realizada com competência e visão estratégica.
- Equipe de Apoio: Mantendo uma equipe de apoio composta por médicos, administradores, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, contadores e advogados, sempre disponíveis para fornecer consultoria e suporte à contratante.
- Infraestrutura Técnica: Garantindo toda a infraestrutura necessária para o bom desempenho das atividades, incluindo assessoria jurídica, financeira, contábil, médica e de enfermagem.

- Autonomia na Administração: Administrando a unidade de saúde com total autonomia, implementando sistemas administrativos e operacionais alinhados às melhores práticas da administração em unidades de saúde, assegurando eficiência e qualidade no atendimento.
- Organização de Recursos: Estruturando adequadamente a unidade de saúde, garantindo que todos os recursos sejam alocados de forma eficiente e adequada.
- Desenvolvimento de Instrumentos Administrativos: Criando e implementando os instrumentos administrativos e jurídicos necessários para atender às demandas da unidade de saúde e assegurar conformidade com a legislação vigente.
- Criação e Expansão de Serviços: Orientando sobre a criação de novos serviços e a adequação ou expansão dos serviços já existentes, conforme as necessidades da comunidade e da unidade de saúde.
- Gestão Contratual: Assessorando na elaboração, celebração e revisão dos contratos necessários ao funcionamento da unidade de saúde, alinhando-os aos objetivos de gestão estabelecidos.
- Definição de Metas e Estratégias Operacionais: Estabelecendo metas e estratégias operacionais na Instituição, alinhando-as aos objetivos do contrato de gestão firmado.
- Prestação de Contas: Preparando e apresentando a prestação de contas mensal, com informações detalhadas sobre as atividades realizadas, aspectos administrativos, sociais e econômico-financeiros, permitindo uma avaliação completa do desempenho.
- Transparência na Gestão: Fornecendo explicações sobre as atividades de gestão sempre que solicitado, garantindo a transparência e clareza nas operações realizadas.
- Foco na Excelência e Gestão Eficiente: Com objetivo principal pela equipe de gestão em garantir a excelência na administração da unidade de saúde, promovendo uma gestão eficiente, transparente e adaptada às necessidades da população atendida. O planejamento estratégico e a gestão eficaz são fundamentais para o sucesso contínuo da Instituição, assegurando a entrega de serviços de qualidade e a manutenção de um ambiente de trabalho produtivo e harmonioso.

Dessa forma, o planejamento estratégico não é apenas um exercício teórico, mas sim uma prática de gestão indispensável para o crescimento, a inovação e a excelência institucional. Quando bem conduzido, promove uma verdadeira transformação organizacional, alicerçada em metas claras, processos bem definidos e uma cultura voltada para resultados e melhoria contínua.

2.5.2 Gestão de Projetos

Uma abordagem essencial para assegurar que iniciativas e ações estratégicas sejam planejadas, executadas e concluídas com eficácia, qualidade e dentro dos prazos e orçamentos estabelecidos. Trata-se de um conjunto de práticas, métodos e ferramentas voltados para organizar e conduzir projetos, desde a concepção da ideia até sua entrega final de maneira estruturada e orientada a resultados.

Na condução de projetos institucionais, especialmente na área de saúde, a aplicação de metodologias reconhecidas, como:

PMBOK (Project Management Body of Knowledge) que reúne as melhores práticas e padrões internacionais em gestão de projetos, organiza o gerenciamento de projetos em processos, áreas de conhecimento e fases, de iniciação, planejamento, execução, monitoramento/ controle e encerramento, com abordagem e escopo, tempo, custo, qualidade, riscos, comunicação, recursos, aquisições e integração.

Seu objetivo é fornecer uma estrutura padronizada e confiável para que projetos sejam conduzidos com eficiência, previsibilidade e qualidade, independentemente do setor.

2.5.3 Abordagens Ágeis

São métodos flexíveis de gestão de projetos que priorizam a entrega rápida de valor, a colaboração contínua e a adaptação constante às mudanças. Scrum (método ágil que organiza o trabalho em ciclos curtos chamados sprints (geralmente 2 a 4 semanas). Enfatiza reuniões regulares, papéis claros (como Scrum Master e Product Owner) e entregas incrementais, promovendo a melhoria contínua) e Kanban (método visual que utiliza um quadro para gerenciar o fluxo de trabalho, limitando o número de

tarefas em andamento para aumentar a eficiência. Foca na entrega contínua e na visualização dos processos para identificar gargalos e otimizar o trabalho).

Diferente dos métodos tradicionais, as abordagens ágeis permitem ajustar o planejamento durante o processo, respondendo rapidamente a novas necessidades. Essas abordagens são amplamente utilizadas para promover maior agilidade, transparência e eficiência na gestão de projetos, especialmente em ambientes dinâmicos e com demandas mutáveis.

A adoção dessas práticas permite que novos projetos sejam eles campanhas de saúde, programas sociais, implantação de sistemas, capacitações ou melhorias operacionais, sejam conduzidos com clareza de objetivos, definição de etapas, cronogramas bem elaborados e papéis bem distribuídos entre as equipes envolvidas. Isso reduz retrabalho, melhora a comunicação interna e aumenta a efetividade da entrega.

Além disso, a gestão de projetos possibilita o acompanhamento por meio de indicadores de desempenho e marcos de progresso, o que facilita a identificação precoce de desvios e a tomada de decisões corretivas em tempo hábil. Também garante maior transparência e prestação de contas junto a parceiros, órgãos financiadores e à comunidade atendida.

No contexto institucional, especialmente em organizações voltadas à saúde pública, utilizar práticas de gestão de projetos contribui diretamente para a profissionalização da gestão, para o fortalecimento da governança e para a concretização de iniciativas que geram impacto positivo na qualidade de vida das pessoas.

Ao adotar metodologias estruturadas para mapear, analisar, redesenhar e otimizar os processos internos, com foco na melhoria contínua da eficiência operacional, da segurança assistencial e da qualidade do atendimento. Essa abordagem permite identificar gargalos, eliminar desperdícios, padronizar fluxos de trabalho e alinhar as atividades às diretrizes estratégicas da instituição, promovendo resultados mais consistentes e centrados no usuário.

Ao compreender as atividades organizacionais de forma integrada e orientada a resultados, promovendo a entrega de valor ao cidadão e a sustentabilidade dos serviços públicos de saúde.

Por meio da aplicação de metodologias como: 5 S e 2 H, BPM (Business Process Management), ciclos de melhoria contínua (PDCA), ferramentas de mapeamento (fluxogramas, SIPOC, matriz RACI) e indicadores de desempenho (KPIs), a organização realiza:

✓ Mapeamento detalhado de processos assistenciais, administrativos e logísticos, promovendo a padronização e a clareza dos fluxos de trabalho;

✓ Análise crítica dos processos existentes, com identificação de gargalos, retrabalhos, riscos assistenciais, atrasos e ineficiências;

✓ Redesenho e otimização de processos, com foco em simplificação, desburocratização, aumento da produtividade e melhor uso dos recursos;

✓ Automação de rotinas e integração com sistemas de informação em saúde, como prontuários eletrônicos e plataformas de regulação e gestão;

✓ Engajamento das equipes multiprofissionais, promovendo a corresponsabilidade pelos resultados, a transparência nos processos decisórios e a melhoria do clima organizacional;

✓ Monitoramento contínuo por meio de indicadores de desempenho operacionais, assistenciais, financeiros e de satisfação do usuário, garantindo o alinhamento com os objetivos institucionais e com as metas pactuadas com os gestores públicos.

2.5.4 Sistema de Gestão da Qualidade

A implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) nas Unidades de Saúde administradas pela nossa Instituição está inserida no escopo do Serviço de Qualidade. O NQSP tem como principal responsabilidade interagir com todos os processos da unidade, promovendo a integração entre eles e implementando metodologias que visem à melhoria contínua dos serviços prestados. Considerado uma área estratégica, o Núcleo é diretamente subordinado à Diretoria Geral, com a missão de garantir a adequação dos processos, utilizando modelos de gestão da qualidade. Além disso, seu foco é assegurar que todos os processos priorizem a segurança do paciente e o gerenciamento eficaz de riscos.

O NQSP desempenha um papel fundamental na promoção da melhoria contínua da gestão dos serviços de saúde, garantindo a segurança dos pacientes e a

qualidade da assistência prestada. O Núcleo se dedica à implementação e monitoramento de práticas e protocolos que garantam um atendimento seguro, eficaz e humanizado, alinhado às melhores práticas e às normas vigentes.

De acordo com a RDC n°. 36/2013, o NQSP é uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Este núcleo se constitui como um componente essencial na busca pela qualidade das atividades realizadas nos serviços de saúde.

Um dos objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é promover e apoiar a implementação de iniciativas de segurança do paciente em diversas áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e da integração do NQSP nos estabelecimentos de saúde. A função primordial do NQSP é integrar as diversas instâncias que lidam com riscos na instituição, sempre com o paciente como sujeito e objeto final do cuidado. Ou seja, o paciente deve estar seguro, independentemente do processo de cuidado a que está sendo submetido.

Neste contexto a inserção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que têm como objetivo reduzir os danos evitáveis nos serviços de saúde, promovendo um ambiente mais seguro e eficaz para o cuidado dos pacientes.

Uma das práticas essenciais está em instituir Metas Internacionais de Segurança do Paciente a serem implementadas e monitoradas pelo NQSP, são prioritárias:

- Identificação correta do paciente para que sejam corretamente identificados em todas as etapas do atendimento, minimizando o risco de erros relacionados à identificação e evitando danos decorrentes de tratamentos inadequados.
- Melhoria na comunicação entre as equipes de saúde, definições de protocolos eficazes para a comunicação entre profissionais de saúde, especialmente durante as transições de cuidado (como na troca de turno ou durante o encaminhamento de pacientes), para garantir a continuidade segura do atendimento.
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, assegurando a prescrição, dispensação e administração segura de medicamentos,

minimizando os riscos de erros médicos e farmacológicos que possam prejudicar a saúde do paciente.

- Procedimentos cirúrgicos seguros, implementando práticas rigorosas para prevenir erros em procedimentos cirúrgicos, incluindo o uso de checklists e protocolos de segurança para garantir que os procedimentos sejam realizados de forma adequada e que os riscos sejam minimizados.
- Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, medidas rigorosas de controle de infecções para prevenir a transmissão de doenças, incluindo práticas adequadas de higiene, desinfecção e esterilização, além de campanhas educativas para todos os membros da equipe de saúde.
- Prevenção de lesões por quedas, através da implementação protocolos de prevenção de quedas, especialmente para pacientes em risco, como idosos e aqueles com mobilidade reduzida, visando à segurança e bem-estar do paciente durante sua permanência na unidade de saúde.

A implementação destas Metas Internacionais de Segurança do Paciente não apenas assegura a segurança dos pacientes, mas também promove uma cultura de segurança dentro da instituição, incentivando a melhoria contínua, a educação permanente dos profissionais e a integração entre as diferentes áreas da unidade. A adesão a essas metas é essencial para o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança exigidos pelas normativas nacionais e internacionais, refletindo diretamente na excelência do atendimento e nos resultados clínicos obtidos pela nossa instituição.

A implementação do NQSP deverá ser realizada por meio de um processo estratégico que inclui planejamento, execução, monitoramento e avaliação/ auditorias constantes, com atuações nas áreas essências, como:

Implementação de um sistema integrado de qualidade, para garantir a excelência nos serviços prestados, iniciativa que visa padronizar processos, garantir conformidade com as melhores práticas do setor e fomentar a cultura da melhoria contínua, assegurando resultados sustentáveis e valor agregado para nossos stakeholders.

Cujo o objetivo principal é garantir a excelência no atendimento ao usuário, a segurança do paciente e a conformidade com os requisitos legais e regulatórios do

setor de saúde. Seguindo as diretrizes e fundamentos, da norma ABNT NBR ISO 9001:2015, com integração às diretrizes da RDC nº 275/2002 (Boas Práticas em Serviços de Saúde) e aos protocolos do Ministério da Saúde. Alinhado à Política Nacional de Humanização (PNH) e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e foco na Segurança do Paciente, conforme a RDC nº 36/2013, e na implementação de ações previstas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Todo os processos devem ser estruturados com base em:

- Gestão por Processos: deverá ser adotada como abordagem central na organização e no aprimoramento das atividades da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, com o objetivo de garantir maior eficiência, padronização, controle e qualidade nos serviços prestados à população.

Essa metodologia consiste na identificação, mapeamento, padronização, monitoramento e melhoria contínua de todos os processos críticos e de apoio (ex: triagem, acolhimento, medicação, exames, higienização, fluxo de pacientes) e uso de fluxogramas e indicadores de desempenho, com foco nos resultados e na experiência do usuário. A Unidade Pronto Atendimento São Vicente será tratada como um sistema composto por processos interligados, cujo desempenho impacta diretamente na resolutividade e na segurança do atendimento, seguido as etapas:

Mapeamento dos Processos Assistenciais e Administrativos

- Identificação de processos-chave como acolhimento com classificação de risco, atendimento médico, administração de medicamentos, realização de exames, higienização, regulação de leitos e outros.
- Criação de fluxogramas e diagramas SIPOC para visualização dos fluxos de trabalho.

Padronização de Procedimentos

- Desenvolvimento e implementação de POPs (Procedimentos Operacionais Padrão) com base em evidências científicas, protocolos clínicos nacionais e diretrizes do Ministério da Saúde.
- Garantia de uniformidade nas rotinas e segurança na execução das atividades.

Gestão de Indicadores de Desempenho

- Definição de indicadores quantitativos e qualitativos para cada processo (ex: tempo médio de atendimento, taxa de reinternações, tempo de espera, taxa de absenteísmo).
- Monitoramento contínuo e análise crítica dos resultados.

Melhoria Contínua

- Aplicação de ciclos PDCA (Planejar, Executar, Verificar, Agir) para revisar e otimizar processos com base em dados reais e relatórios de desempenho.
- Promoção de uma cultura de aprendizado e evolução constante.

Integração entre Setores e Equipes

- Fortalecimento da comunicação entre os diversos setores da UPA (acolhimento, enfermagem, farmácia, laboratório, limpeza, manutenção), promovendo a fluidez dos processos e evitando retrabalhos e gargalos.
- Estímulo à atuação colaborativa e multidisciplinar.

Gestão de Indicadores da Qualidade

- Definição e monitoramento de indicadores-chave como tempo de espera, taxa de retorno, absenteísmo, tempo de atendimento, entre outros.
- Relatórios periódicos para análise crítica e tomada de decisão.

Capacitação e Desenvolvimento Profissional

- Treinamentos contínuos voltados à melhoria dos processos, atendimento humanizado e adesão a protocolos clínicos.
- Educação permanente em saúde e promoção da cultura da qualidade.

Auditorias Internas e Avaliações Periódicas

- Realização de auditorias internas para verificação do cumprimento dos requisitos estabelecidos.
- Avaliação dos resultados e revisão das metas de qualidade.

Gestão Documental e de Registros

- Organização e controle de documentos normativos, POPs (Procedimentos Operacionais Padrão) e registros assistenciais.
- Garantia de rastreabilidade, validade e atualização documental.

Melhoria Contínua

- Utilização de ferramentas como o Ciclo PDCA, análise de causa raiz (Diagrama de Ishikawa), 5W2H e gestão participativa.
- Envolvimento das equipes multidisciplinares na proposição e implementação de melhorias.

Esse sistema contribui diretamente para o fortalecimento da qualidade e da resolutividade da UPA, promovendo maior confiança da população nos serviços ofertados e sustentando práticas seguras, eficazes e humanizadas.

2.5.5 Programa 5S e 2 H: Qualidade e Organização no Ambiente de Trabalho

A implantação da ferramenta de gestão 5S 2 H na Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) representa uma importante estratégia para promover mudanças positivas nos hábitos, atitudes e comportamentos das equipes. Baseado em cinco sensos de origem japonesa, o 5S e 2 H visa a criação de um ambiente de trabalho mais organizado, funcional e saudável, impactando diretamente na qualidade de vida dos profissionais, no bem-estar coletivo e na eficiência operacional da instituição.

O 5S e 2H é uma metodologia originária do Japão, amplamente utilizada em instituições de saúde e setores produtivos, com o objetivo de promover a organização, a disciplina e a eficiência nas rotinas de trabalho.

A implantação do 5S e 2H visa estimular mudanças de hábitos e atitudes entre os profissionais, criando um ambiente mais limpo, organizado, produtivo e agradável. A proposta está alinhada aos princípios da gestão da qualidade e representa um importante passo na construção de uma cultura institucional baseada na excelência, na responsabilidade coletiva e no respeito às pessoas.

O programa é estruturado em cinco pilares, conhecidos como os "cinco sensos":

- 1º S – Senso de Utilização (Seiri): Consiste em manter no ambiente de trabalho apenas o que é realmente necessário, separando itens úteis dos desnecessários, evitando acúmulos, excessos e desperdícios.
- 2º S – Senso de Ordenação (Seiton): Refere-se à organização dos materiais e recursos de forma lógica, facilitando o acesso e o manuseio. A aplicação de critérios claros de ordenação permite maior agilidade e padronização nos processos.
- 3º S – Senso de Limpeza (Seiso): Promove a limpeza contínua dos ambientes e equipamentos, contribuindo para a conservação dos recursos e a prevenção de acidentes e contaminações.
- 4º S – Senso de Saúde (Seiketsu): Voltado à promoção da saúde física, mental e emocional dos colaboradores, além de incentivar práticas sustentáveis e de prevenção de riscos no ambiente de trabalho.
- 5º S – Senso de Autodisciplina (Shitsuke): Estimula o comprometimento com as normas, padrões e cultura organizacional, fortalecendo o respeito às rotinas institucionais e à missão da BHCL.

2H (complementares aos 5S)

- Higiene: Promover a saúde e bem-estar no ambiente de trabalho por meio de boas práticas sanitárias.
- Harmonia: Incentivar um ambiente de trabalho cooperativo, respeitoso e com boa comunicação entre os membros da equipe.

A implantação será realizada de forma planejada e gradativa, com o envolvimento direto das lideranças e equipes de todos os setores. Estão previstas ações de sensibilização e capacitação, diagnósticos setoriais, definição de metas e responsáveis, auditorias internas e avaliações periódicas para acompanhamento dos avanços. A meta é consolidar uma cultura organizacional mais forte, onde a organização do ambiente reflita diretamente na segurança do paciente, na produtividade das equipes e na qualidade dos serviços prestados.

O Programa 5S e 2H não se trata apenas de uma iniciativa pontual, mas de uma filosofia contínua de melhoria que impacta positivamente a rotina institucional, a qualidade de vida no trabalho e a imagem da organização. Com essa iniciativa, a Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL)reafirma seu compromisso com a excelência na assistência à saúde, com o fortalecimento da gestão e com o cuidado humanizado aos seus pacientes e colaboradores.

2.5.6 Gestão de Riscos

Essencial para garantir a segurança dos pacientes, a integridade dos profissionais e a sustentabilidade da instituição. Ao implementar um programa de gerenciamento de riscos estruturado, a organização pode não apenas minimizar os efeitos adversos, mas também criar um ambiente de atendimento mais seguro, transparente e eficiente. Com a adoção de medidas preventivas, corretivas e de controle adequadas, a instituição reforça seu compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança, contribuindo para a construção de uma imagem sólida e confiável perante a comunidade.

Neste cenário, a gestão de riscos não se limita apenas aos aspectos operacionais, mas envolve uma abordagem ampla que visa proteger todas as partes envolvidas e assegurar a qualidade do atendimento prestado.

No setor da saúde é uma tarefa complexa que exige a implementação contínua e sistemática de ações, procedimentos e recursos para a identificação, avaliação e controle de riscos e eventos adversos, de forma organizada e contínua de identificar, avaliar, controlar e monitorar riscos no ambiente, tanto assistenciais quanto operacionais. A proposta é prevenir falhas e minimizar danos aos pacientes e profissionais, desenvolvidas nas seguintes etapas:

- ✓ Gestão de riscos: é o processo de mapear situações que podem causar danos (como quedas, erros de medicação, infecções, falhas de equipamentos etc.), avaliando sua gravidade e frequência.
- ✓ Ações preventivas: são medidas adotadas para evitar que os riscos se concretizem, como treinamento de pessoal, manutenção preventiva de equipamentos, protocolos de segurança, entre outros.

✓ Ações corretivas: são medidas tomadas após a identificação de um erro ou incidente, visando corrigir a falha, evitar sua repetição e reduzir seu impacto, como revisão de processos, mudanças em fluxos de trabalho, reeducação da equipe, etc.

Essas sistemáticas funcionam de forma integrada com os indicadores: o monitoramento aponta falhas ou tendências e, com base nisso, são planejadas e executadas ações para prevenir ou corrigir problemas.

É essencial que a gestão de riscos seja incorporada de forma transversal e contínua à cultura organizacional, alinhando-se aos valores e práticas da instituição. Isso permite que os riscos sejam mitigados de maneira proativa e integrada, garantindo não apenas a redução dos incidentes, mas também a melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos. Em uma unidade de saúde, a gestão de riscos deve abranger desde a segurança dos pacientes até a proteção dos dados sensíveis, assegurando que todos os processos estejam alinhados com as melhores práticas e normas regulatórias.

1. Identificação e Tratamento de Riscos

O gerenciamento de riscos envolve a identificação e a análise cuidadosa dos riscos potenciais, sejam eles operacionais, financeiros, clínicos ou de segurança. Isso inclui riscos relacionados à falta de recursos adequados, falhas tecnológicas, erros médicos, contaminação ambiental, riscos de incêndio e outros incidentes que possam comprometer a integridade das pessoas e a qualidade do atendimento. Além disso, a gestão de riscos deve avaliar os impactos desses eventos no funcionamento da instituição, na experiência do paciente e no bem-estar dos profissionais de saúde.

Com uma abordagem eficiente e inclusão de medidas preventivas, corretivas e de controle, para minimizar a ocorrência de eventos adversos. Essas medidas podem incluir desde treinamentos contínuos para os profissionais de saúde, implementação de protocolos rigorosos de segurança e o uso de tecnologias para monitoramento de riscos em tempo real. A comunicação eficaz sobre os riscos é fundamental para garantir que todos os envolvidos, desde os gestores até os profissionais e pacientes, estejam cientes das medidas de segurança e saibam como agir em caso de incidentes.

2. Implantação do Programa de Gerenciamento de Riscos

A implantação de um programa de gerenciamento de riscos é um processo lógico e sistemático. Inicialmente, identificamos todos os riscos potenciais e quantificamos, para determinar quais apresentam maior probabilidade de ocorrência e maior impacto no atendimento. Em seguida, deve-se realizar uma análise detalhada do impacto desses riscos nos processos assistenciais, garantindo que as medidas preventivas sejam eficazes e implementadas de maneira assertiva.

A comunicação e o envolvimento da equipe são cruciais para o sucesso do programa, envolvendo a criação de uma cultura de segurança, onde todos os membros da organização, dos gestores aos profissionais de saúde, são incentivados a identificar e relatar riscos identificando e as ações corretivas de forma transparente e contínua, assegurando que a organização como um todo esteja comprometida com a segurança e a qualidade no atendimento.

MATRIZ DE RISCO			
IMPACTO/ PROBABILIDADE	**BAIXA**	**MÉDIA**	**ALTA**
BAIXO			
MÉDIO			
ALTO			

**Foto ilustrativa*

A Matriz de Risco por impacto e probabilidade é uma ferramenta de gestão que permite identificar, avaliar e classificar os riscos que podem comprometer o funcionamento e os objetivos. Por meio da combinação entre a probabilidade de ocorrência de um evento indesejado e o impacto que esse evento causaria, a matriz

auxilia na priorização de ações preventivas, corretivas ou emergenciais. A construção da matriz segue etapas sistemáticas, descritas a seguir:

1. Identificação do Risco

Inicialmente, deve-se realizar o levantamento de riscos potenciais associados aos processos assistenciais, administrativos, operacionais e estruturais da unidade. Exemplos comuns incluem: falta de profissionais, interrupção no fornecimento de insumos essenciais, falhas tecnológicas, superlotação e ausência de retaguarda hospitalar.

2. Avaliação da Probabilidade

A probabilidade refere-se à chance de o risco acontecer. Ela pode ser classificada em níveis que variam de raro (muito improvável) a frequente (ocorrência habitual). Essa classificação é atribuída com base em evidências históricas, registros institucionais e experiência da equipe.

3. Avaliação do Impacto

O impacto diz respeito à gravidade das consequências caso o risco se concretize. Pode variar de insignificante (sem interferência relevante) a crítico (com grandes danos à segurança do paciente, à operação da unidade ou à imagem institucional). A avaliação considera o grau de comprometimento à assistência, à gestão ou à integridade física das pessoas envolvidas.

4. Determinação do Nível de Risco

O nível de risco é obtido pela multiplicação entre a probabilidade e o impacto:
Nível de Risco = Probabilidade × Impacto

Essa operação resulta em um valor numérico que posiciona o risco dentro de uma escala de prioridade. Quanto maior o número, mais crítico é o risco, exigindo respostas mais imediatas.

5. Classificação do Risco

Com base no valor obtido, os riscos são classificados em categorias:

- Baixo risco: valor entre 1 e 4 (requer apenas monitoramento eventual);
- Risco moderado: entre 5 e 9 (requer ações preventivas ou controle periódico);
- Risco alto: entre 10 e 16 (exige intervenção com prioridade);

- Risco crítico: entre 17 e 25 (demanda ação imediata, com plano de contingência e monitoramento contínuo).

6. Elaboração de Plano de Ação

Para os riscos classificados como altos ou críticos, é indispensável a formulação de um plano de ação específico. Esse plano deve conter: medidas preventivas ou corretivas, prazos de execução, responsáveis designados e formas de monitoramento dos resultados. A implementação deve ser registrada e acompanhada periodicamente pela gestão da unidade.

7. Monitoramento Contínuo

A matriz de risco deve ser revisada regularmente, considerando mudanças no ambiente organizacional, novos eventos adversos, atualizações nos processos ou mesmo alterações no perfil epidemiológico da população atendida. O ciclo de monitoramento e reavaliação assegura que os riscos sejam tratados de forma dinâmica e eficaz.

Nesse contexto, os riscos assistenciais correspondem a eventos ou condições que podem comprometer diretamente a segurança, a integridade e a qualidade do cuidado prestado ao paciente. Estão relacionados aos processos clínico-assistenciais e podem ocorrer ao longo de toda a jornada do paciente, desde a admissão até a alta ou transferência.

Esses riscos podem resultar de falhas humanas, inadequações estruturais, ausência de protocolos padronizados ou deficiências sistêmicas que afetam a prestação do cuidado. Quando não identificados e gerenciados adequadamente, podem levar a eventos adversos, retrabalho, aumento do tempo de internação, agravamento do quadro clínico ou, em casos mais graves, ao óbito.

Por isso, o mapeamento, a análise e a mitigação dos riscos assistenciais são componentes essenciais da gestão da segurança do paciente e devem ser incorporados às práticas diárias por meio de protocolos assistenciais, monitoramento de indicadores, capacitação contínua das equipes e cultura de notificação de incidentes.

PRINCIPAIS CATEGORIAS E EXEMPLOS DE RISCOS ASSISTENCIAIS:	
CATEGORIA	**RISCOS ASSISTENCIAS**
Risco de Erros de Medicação	Administração incorreta (dose, horário, via errada)
	Erros na prescrição médica ou transcrição de medicamentos
	Falta de checagem e dupla conferência
Risco de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)	Falhas na higienização das mãos
	Uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPIs)
	Limpeza e desinfecção insuficiente de materiais e ambientes
	Uso prolongado ou inadequado de dispositivos invasivos (ex: cateteres, sondas)
Risco de Quedas	Falta de identificação de pacientes com mobilidade reduzida
	Ausência de barreiras de proteção e sinalização
	Ambiente com obstáculos, piso escorregadio ou iluminação inadequada
Risco de Eventos Sentinela	Procedimentos realizados em paciente errado ou lado errado do corpo
	Retenção de corpo estranho após procedimento
	Óbitos inesperados e evitáveis
Risco de Comunicação Ineficiente	Falhas na passagem de plantão (handover)
	Informação incompleta ou incorreta em prontuários
	Ausência de comunicação clara entre profissionais e pacientes
Risco de Atendimento Inadequado à Urgência	Subnotificação ou mau uso do Protocolo de Manchester
	Atrasos críticos no atendimento de casos classificados como graves
	Falta de priorização clínica em situações de superlotação
Risco de Alta Precoce ou Indevida	Alta de pacientes sem estabilidade clínica
	Falta de orientação adequada ao paciente e à família
	Ausência de planejamento para continuidade do cuidado (referência/contrarreferência)

Além dos riscos assistenciais, que afetam diretamente a qualidade e a segurança do cuidado ao paciente, é fundamental considerar os riscos institucionais.

Esses riscos envolvem fatores administrativos, financeiros, legais, tecnológicos e estruturais, que podem influenciar diretamente a capacidade da unidade de saúde em cumprir sua função pública com qualidade, eficiência e transparência.

Riscos Institucionais e Imagem da Organização

Além dos riscos clínico-assistenciais e operacionais, é fundamental considerar os riscos institucionais, que podem impactar diretamente a imagem, a reputação e a credibilidade da organização junto à sociedade, aos órgãos de controle e aos parceiros institucionais.

Esses riscos abrangem fatores como: Falhas na comunicação institucional, tanto interna quanto externa; Não conformidade com normas e legislações sanitárias, éticas e administrativas; gestão ineficiente de crises públicas, como surtos epidemiológicos, incidentes graves de segurança ou interrupção de serviços; Condutas inadequadas por parte de profissionais ou da gestão, que podem gerar repercussões negativas em veículos de imprensa ou redes sociais; Falta de transparência na prestação de contas ou nos processos decisórios, alimentando desconfiança da população.

A gestão estratégica desses riscos deve ser parte integrante do sistema de governança institucional, por meio de:

- Planos de comunicação institucional e de contingência;
- Adoção de políticas de integridade e conformidade (compliance);
- Monitoramento da percepção pública da organização;
- Capacitação dos profissionais em conduta ética e relacionamento com o público;
- Implementação de canais de ouvidoria e resposta rápida a denúncias ou reclamações.

Uma abordagem eficaz de gestão de riscos institucionais não apenas minimiza os danos à reputação da Unidade Pronto Atendimento, mas também fortalece a confiança da comunidade, dos profissionais de saúde e dos órgãos reguladores, consolidando a organização como um referencial de excelência, responsabilidade social e compromisso com a saúde pública.

PRINCIPAIS RISCOS INSTITUCIONAIS EM UMA UPA	
CATEGORIA	**RISCOS INSTITUCIONAIS COMUNS**
Administrativo	- Falhas no registro e arquivamento de documentos
	- Processos administrativos ineficientes ou não padronizados
Financeiro	- Subutilização de recursos públicos
	- Irregularidades em contratos e aquisições
	- Ausência de controle orçamentário
Pessoal / Recursos Humanos	- Dimensionamento inadequado de equipe
	- Alta rotatividade de profissionais
	- Ausência de capacitação continuada
Infraestrutura	- Manutenção inadequada de equipamentos e instalações
	- Falhas em sistemas elétricos, hidráulicos ou TI
Regulatório / Legal	- Não conformidade com legislações da vigilância sanitária, do Ministério da Saúde e órgãos de controle externo
Imagem e Reputação	- Reclamações recorrentes de usuários
	- Veiculação de notícias negativas
	- Falta de transparência na gestão
Tecnologia da Informação	- Falhas em sistemas de prontuário eletrônico
	- Perda de dados sensíveis
	- Ataques cibernéticos ou vazamento de informações
Continuidade Operacional	- Falta de planos de contingência
	- Interrupção de serviços por falta de insumos ou problemas logísticos

A integração entre a Gestão da Qualidade e a Gestão de Riscos é um elemento estratégico para o fortalecimento da governança, a promoção da segurança do paciente e a sustentabilidade institucional para a unidade de saúde. Essa abordagem integrada não se limita à correção de falhas, mas amplia a capacidade da organização de antecipar, prevenir e responder a eventos que possam comprometer sua missão, desempenho e reputação pública.

Enquanto a Gestão da Qualidade atua na padronização, controle e melhoria contínua dos processos, a Gestão de Riscos se concentra na identificação, avaliação, tratamento e monitoramento de eventos adversos e ameaças potenciais, sejam elas de natureza assistencial, estrutural ou institucional.

A atuação conjunta dessas duas frentes aumenta a resiliência organizacional, permitindo decisões mais seguras, alocação eficiente de recursos e mitigação de impactos negativos em todos os níveis da operação estratégica, tática e operacional.

A integração efetiva entre qualidade e risco, portanto, contribui para:

- Adoção de práticas baseadas em evidências e protocolos padronizados;
- Gestão proativa de não conformidades e falhas sistêmicas;
- Promoção de uma cultura de segurança, responsabilidade e melhoria contínua;
- Aprimoramento da tomada de decisão, com base em indicadores e análise crítica de desempenho.

2.5.7 Gestão de Crises

A gestão de crises é um processo complexo que envolve a preparação antecipada, uma resposta rápida e eficiente, comunicação clara e a capacidade de adaptação. A forma como lidamos com crises impacta diretamente a qualidade do atendimento, a segurança dos pacientes, a moral da equipe e a reputação da instituição. Portanto, é essencial que haja um planejamento contínuo e capacitação constante das equipes, de modo a garantir que estejam preparadas para enfrentar as adversidades que possam surgir, assegurando a continuidade e a confiança nos serviços prestados.

A gestão de crises envolve um conjunto de ações coordenadas e estruturadas para lidar com situações inesperadas ou adversas. As crises podem variar desde eventos internos, como falhas no sistema de atendimento, até fatores externos, como

desastres naturais, pandemias, erros médicos graves ou problemas financeiros. A forma como essas situações são geridas pode determinar o impacto delas sobre a instituição e seus stakeholders.

Diretrizes da Gestão de Crises:

- Planejamento Antecipado e Prevenção: Desenvolver planos de ação para diferentes cenários de crise, antecipando possíveis riscos e ameaças. Esse planejamento deve envolver a criação de estratégias para prevenir ou mitigar impactos negativos, como a identificação de falhas potenciais e a implementação de medidas corretivas antes que se tornem crises.
- Mapeamento de Riscos e Ameaças: Realizar um mapeamento contínuo de riscos internos e externos, identificando os pontos vulneráveis que podem originar uma crise. Isso inclui a análise de sistemas de atendimento, infraestrutura, recursos financeiros e outros fatores que podem afetar a operação da instituição.
- Procedimentos Detalhados e Objetivos Claros: Elaborar procedimentos detalhados para cada tipo de crise, com a definição clara dos objetivos a serem alcançados. Isso deve incluir protocolos específicos para a ação de cada equipe ou profissional envolvido na resposta à crise, garantindo uma atuação coordenada e eficiente.
- Responsabilidade e Atribuição de Papéis: Definir claramente a responsabilidade de cada equipe e profissional em situações de crise, estabelecendo funções e tarefas específicas. A alocação de responsabilidades contribui para uma resposta rápida e eficaz, evitando a duplicação de esforços e falhas na comunicação.
- Comunicação Eficaz e Feedback Contínuo: Manter uma comunicação clara, objetiva e eficiente em todos os níveis da organização durante uma crise. Além disso, garantir que haja um sistema de feedback contínuo, permitindo ajustes rápidos nas estratégias de resposta conforme as situações se desenvolvem.
- Treinamentos Regulares: Implementar treinamentos contínuos para as equipes, simulando cenários de crise e avaliando a eficácia das respostas. Esses treinamentos são essenciais para garantir que todos os colaboradores estejam bem-preparados para lidar com emergências e situações de alto risco, aprimorando a capacidade de resposta da instituição.

- Avaliação e Melhoria Contínua: Após a resolução de uma crise, realizar uma avaliação minuciosa da resposta da organização, considerando a eficácia dos procedimentos adotados. Esse processo de avaliação deve ser seguido de ajustes e melhorias contínuas nos planos de ação, garantindo que a instituição esteja cada vez mais preparada para situações futuras.

A gestão de crises é um componente vital para garantir a resiliência e a sustentabilidade da instituição, especialmente no ambiente da unidade de saúde, onde a segurança dos pacientes e a confiança da comunidade são prioritárias. Ao adotar essas diretrizes, a organização estará não apenas preparada para enfrentar adversidades, mas também fortalecerá sua capacidade de adaptação e aprendizado contínuo. Dessa forma, será possível não apenas superar crises, mas também aprimorar os processos internos e manter a excelência no atendimento, independentemente dos desafios enfrentados.

2.5.8 Gestão por Processos

A gestão por processos é um modelo organizacional que propõe a condução das atividades, a partir da análise dos seus fluxos reais de trabalho, atribuindo responsabilidades diretas e claras sobre cada etapa aos profissionais e gestores envolvidos. Esse modelo rompe com a lógica tradicional e fragmentada baseada em setores isolados, adotando uma abordagem transversal e sistêmica, focada na entrega de valor ao usuário, na segurança assistencial e na eficiência do serviço público de saúde.

Ao implementar a gestão por processos, a Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, passará a organizar suas atividades por meio do mapeamento e normatização de processos assistenciais, administrativos e de apoio técnico, como, por exemplo, o acolhimento com classificação de risco, o atendimento médico, o transporte interno, a dispensação de medicamentos e a realização de exames. Cada processo é descrito com suas etapas, responsáveis, indicadores, prazos e protocolos de execução. Esse mapeamento permite compreender o caminho percorrido pelo paciente desde a entrada até a alta ou encaminhamento, facilitando a identificação de gargalos, desperdícios, riscos e pontos de melhoria.

Além disso, a gestão por processos promove a governança clínica e gerencial, fortalecendo a interface entre a gestão assistencial e a gestão administrativa. Isso significa que os líderes passam a acompanhar o desempenho de seus processos com base em metas definidas, indicadores-chave e análises críticas periódicas, assumindo o compromisso com os resultados e a melhoria contínua. A governança clínica, neste contexto, contribui para a padronização da conduta profissional, para a adoção de protocolos baseados em evidências e para a segurança do paciente.

Esse modelo também favorece ganhos substanciais em eficiência, eficácia e efetividade. A eficiência se refere à capacidade de utilizar os recursos disponíveis com racionalidade, evitando desperdícios e retrabalhos. A eficácia está relacionada ao cumprimento dos objetivos pactuados, como redução do tempo de espera, atendimento adequado à classificação de risco e disponibilidade de exames em tempo oportuno. Já a efetividade diz respeito ao impacto real das ações de saúde sobre a condição clínica do usuário, promovendo sua recuperação, estabilização ou adequada referência dentro da rede de atenção à saúde.

Para sustentar esse modelo, é indispensável a adoção de ciclos de melhoria contínua. Um dos mais utilizados é o ciclo PDCA (Planejar, Executar, Verificar, Agir), que orienta a construção de planos de ação baseados em dados, a execução de rotinas com padronização, a análise crítica dos resultados alcançados e a implementação de melhorias a partir de falhas e oportunidades identificadas. Esse ciclo garante que os processos evoluam continuamente, em sintonia com os objetivos estratégicos da instituição.

Outro aspecto fundamental é a integração da gestão por processos com os demais pontos da rede de atenção à saúde. A Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, como unidade de média complexidade e porta aberta, precisa estar articulada com a Atenção Primária à Saúde (APS), com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com hospitais de retaguarda e com serviços especializados, garantindo a continuidade do cuidado. Processos bem definidos contribuem para fluxos de regulação mais rápidos, encaminhamentos seguros e menores índices de reinternação.

A consolidação da gestão por processos depende ainda do fortalecimento de uma cultura organizacional voltada para a qualidade, a segurança e o engajamento

coletivo. Isso significa promover a escuta ativa das equipes, estimular a proposição de soluções por parte dos profissionais, reconhecer boas práticas, investir em capacitação permanente e disponibilizar ferramentas de apoio à decisão, como painéis de indicadores, gestão à vista, uso de dados em tempo real e auditorias internas.

Por fim, é importante destacar que a gestão por processos não é um fim em si mesma, mas uma forma estruturada e eficiente de garantir que os objetivos da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, de acordo com o modelo de gestão se mostre essencial para fortalecer a capacidade institucional e entregar um cuidado mais seguro, ágil, resolutivo e cumpridos de maneira sustentável, com foco na na humanização e no compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS),

2.5.9 ESG (AMBIENTAL, SOCIAL E GOVERNANÇA)

A implantação de ESG (Ambiental, Social e Governança) é um processo estratégico fundamental para garantir que a organização atue de maneira sustentável, responsável e transparente, alinhando suas operações às expectativas da sociedade, do mercado e das partes interessadas. A adoção de práticas ESG envolve um compromisso com a proteção ambiental, o impacto social positivo e a governança ética e eficiente, promovendo a criação de valor a longo prazo.

A incorporação de ESG nas práticas de gestão impacta não só a reputação e a responsabilidade corporativa da instituição, mas também sua sustentabilidade financeira, sua capacidade de inovar e sua competitividade. A forma como a organização implementa e gerencia essas práticas tem implicações diretas na atração de investidores, na confiança do consumidor, na motivação da equipe e no relacionamento com os fornecedores e a comunidade.

Diretrizes para a Implantação de ESG:

- Compromisso com a Sustentabilidade Ambiental: Adotando práticas que minimizem o impacto ambiental das operações da instituição. Isso inclui a implementação de políticas para redução do consumo de recursos naturais, gestão eficiente de resíduos, promoção de energias renováveis e a adoção de tecnologias que favoreçam a sustentabilidade. O objetivo é não apenas atender à legislação

ambiental, mas também contribuir ativamente para a preservação do meio ambiente, gerando impacto positivo na sociedade.

- Responsabilidade Social e Inclusão: A organização deverá implementar ações que promovam o bem-estar da comunidade, contribuindo para o desenvolvimento social e a inclusão. Isso envolve práticas que favoreçam a diversidade e a equidade no ambiente de trabalho, ações de apoio à saúde, educação e desenvolvimento local, bem como a promoção de uma cultura organizacional que valorize a ética, a igualdade de direitos e o respeito a todos os indivíduos.
- Governança Transparente e Ética: A governança corporativa deve ser conduzida de forma transparente, com processos decisórios claros, responsáveis e éticos. A implantação de ESG requer o fortalecimento da estrutura de governança, com a definição de práticas para garantir a responsabilidade fiduciária, a integridade nas ações gerenciais e a conformidade com as leis e regulamentos. Isso também envolve a criação de mecanismos de prestação de contas, auditoria interna e controle, assegurando que todas as partes interessadas possam acompanhar o desempenho da organização em relação aos seus compromissos ESG.
- Engajamento das Partes Interessadas: O sucesso da implantação de ESG depende do envolvimento de todas as partes interessadas, incluindo profissionais, fornecedores, investidores, clientes e a comunidade. A organização deve promover o diálogo constante com esses grupos, compreendendo suas expectativas e necessidades dos usuários e contratante, e incorporando-as nas políticas e práticas gerenciais. A transparência na comunicação e a prestação de contas são essenciais para fortalecer a confiança e o relacionamento com as partes interessadas.
- Integração nas Estratégias e Operações: Para que a abordagem ESG seja eficaz, ela deve ser integrada às estratégias e operações diárias da organização. A adoção de práticas ESG não deve ser vista como um esforço isolado, mas como uma parte essencial da cultura e dos processos organizacionais. Isso inclui a definição de metas claras relacionadas ao desempenho ambiental, social e de governança, com indicadores de acompanhamento e resultados que permitam medir o progresso de forma contínua.

- Monitoramento e Melhoria Contínua: O aprimoramento da gestão de ESG deve ser dinâmico, com constante monitoramento dos indicadores e avaliação de desempenho. A organização deve implementar sistemas de auditoria e relatórios que permitam acompanhar o impacto de suas práticas ESG e promover melhorias contínuas. Com isso, será possível ajustar as estratégias conforme necessário, garantindo que a organização esteja sempre alinhada às melhores práticas e às expectativas das partes interessadas.

A implantação de ESG é uma estratégia essencial para garantir a sustentabilidade e a longevidade de qualquer organização. Ao integrar práticas ambientais, sociais e de governança no cerne de suas operações, a instituição não apenas fortalece sua reputação e atratividade no mercado, mas também contribui de maneira significativa para o desenvolvimento sustentável e o bem-estar da sociedade. Com um compromisso sério e ações eficazes, a organização poderá liderar a transformação do setor, promovendo um impacto positivo e duradouro para as futuras gerações.

2.5.10 COMPLIANCE

A implementação de práticas de compliance em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) representa um importante avanço na consolidação de uma gestão pública pautada pela ética, transparência e conformidade legal. No contexto da saúde pública, compliance refere-se ao compromisso institucional com o cumprimento de leis, regulamentos, normas técnicas e princípios éticos que regem tanto a assistência ao paciente quanto a administração de recursos e processos. Em uma Unidade Pronto Atendimento, onde a agilidade e a eficiência no atendimento convivem com desafios estruturais e operacionais, a presença de uma cultura de integridade fortalece a credibilidade da unidade e protege sua missão junto à comunidade.

O compliance atua como uma estrutura de governança que orienta a conduta dos profissionais, assegura a correta aplicação dos recursos públicos, previne irregularidades e favorece a construção de um ambiente institucional seguro, justo e responsável. Essa abordagem envolve o estabelecimento de regras claras de conduta, a criação de canais de escuta e denúncia, a capacitação contínua das equipes em temas como integridade e responsabilidade administrativa, além da

integração com ações de controle interno e gestão de riscos. O monitoramento sistemático dos processos e a pronta resposta a não conformidades garantem que a organização mantenha padrões elevados de qualidade e legalidade em todas as suas atividades.

Ao adotar práticas de compliance, a Unidade Pronto Atendimento São Vicente, demonstra compromisso com a excelência no serviço público, promovendo a confiança da população, o alinhamento com as políticas de saúde e a valorização do trabalho ético dos profissionais. Trata-se, portanto, de um instrumento essencial para fortalecer a governança institucional, proteger a imagem da unidade e assegurar que sua atuação esteja sempre orientada pelos princípios da legalidade, da moralidade e do interesse público.

A implementação de um programa de compliance em uma Unidade de Pronto Atendimento deve ser conduzida de forma estruturada, gradual e alinhada às características do serviço público de saúde. O processo começa com o comprometimento da alta gestão da unidade, que deve reconhecer a importância do compliance como instrumento de integridade, legalidade e eficiência. A partir desse compromisso institucional, inicia-se o diagnóstico da situação atual, por meio do mapeamento dos processos administrativos e assistenciais, da identificação dos principais riscos de não conformidade e da análise de eventuais fragilidades éticas, legais ou operacionais.

Com base nesse diagnóstico, elabora-se um plano de ação que estabelece diretrizes, responsabilidades e etapas para a construção do programa. Um dos primeiros passos é a elaboração ou revisão de documentos normativos, como o Código de Conduta e Ética, que deve refletir os valores da organização e orientar o comportamento dos profissionais em todas as suas atividades. Em seguida, é necessário criar canais seguros e acessíveis para a comunicação interna, como ouvidorias e canais de denúncia, assegurando o sigilo e a não retaliação aos denunciantes.

Outro eixo essencial da implementação é a capacitação contínua dos profissionais. É fundamental que todos os profissionais da Unidade Pronto Atendimento São Vicente, equipe assistencial à administrativa, sejam treinados em temas relacionados à integridade, responsabilidade pública, uso adequado de

recursos, prevenção de conflitos de interesse e conduta ética. Essa formação deve ser incorporada à rotina da unidade, preferencialmente de forma transversal, conectando-se com outras ações de educação permanente em saúde.

Paralelamente, a Unidade Pronto Atendimento São Vicente, deve estabelecer mecanismos de monitoramento e controle, como auditorias internas e indicadores de conformidade, que permitam acompanhar a eficácia das ações de compliance e identificar pontos de melhoria. Esses mecanismos devem estar articulados com a gestão de riscos institucionais, permitindo ações preventivas frente a possíveis falhas ou desvios. Sempre que forem identificadas não conformidades, é necessário adotar medidas corretivas e preventivas, documentadas por meio de planos de ação baseados em análise de causa.

Por fim, a sustentabilidade do programa de compliance exige revisão periódica, atualização das diretrizes e envolvimento contínuo das lideranças. Quando bem implementado, o compliance torna-se parte da cultura organizacional, fortalecendo a confiança da população, promovendo a boa governança e contribuindo para a construção de um serviço público de saúde mais justo, ético e eficiente.

Para alcançar os resultados esperados com a aplicação dessas ferramentas de gestão e aprimorar as operações da entidade, contribuindo para o cumprimento de suas finalidades e um atendimento de excelência à comunidade, será fundamental realizar um diagnóstico situacional da instituição. Esse diagnóstico permitirá identificar os processos que já estão em conformidade e aqueles que necessitam de maior atenção, possibilitando a criação de bases mais sólidas e consistentes para o desenvolvimento das ações.

O sucesso de uma organização está diretamente relacionado à sua capacidade de identificar e atender às necessidades e expectativas de seus clientes. Essas necessidades devem ser reconhecidas, compreendidas e aplicadas estrategicamente para criar valor, promovendo a conquista e fidelização dos clientes.

Além disso, para garantir a continuidade das operações, a organização deve também compreender e atender às demandas da sociedade e das comunidades com as quais se relaciona, sempre agindo de forma ética, cumprindo as leis e respeitando o meio ambiente.

Com base nessas informações, a liderança estabelece os princípios que orientarão a organização, incorporando os valores da excelência e promovendo uma cultura organizacional pautada por esses valores, exemplificando-os em sua conduta. Os líderes monitoram o desempenho da instituição e adotam as medidas necessárias para melhorias contínuas, garantindo o aprendizado constante da organização.

As estratégias da organização são formuladas pela liderança para otimizar seu desempenho e fortalecer sua posição competitiva no mercado. Essas estratégias são detalhadas em planos de ação de curto e longo prazo, aplicados em todos os níveis da organização, com a devida alocação de recursos para sua implementação. A Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) realiza um acompanhamento constante da execução dessas estratégias, monitorando os planos e ajustando rapidamente as ações conforme as mudanças no ambiente interno e externo.

A equipe de trabalho deve ser bem treinada e satisfeita, operando em um ambiente que promova o desenvolvimento e a consolidação da cultura de excelência.

Dessa maneira, a organização consegue gerenciar seus processos de forma eficiente, agregando valor aos pacientes/ clientes e fortalecendo os relacionamentos com seus fornecedores. A gestão de custos e investimentos é feita de forma cuidadosa e controlada, com os riscos financeiros sendo avaliados e monitorados regularmente. O impacto das práticas de gestão e as influências externas são constantemente comparados com as metas estabelecidas, possibilitando ajustes rápidos e reforço das ações quando necessário.

Essas informações constituem a inteligência organizacional, fundamental para avaliar o desempenho e implementar as ações corretivas em todos os níveis. A gestão eficaz das informações e dos ativos intangíveis é um fator determinante para alcançar a excelência.

2.5.11 Plano de Contingencia

O ambiente de unidade de saúde é altamente sensível e depende da operação contínua e coordenada de múltiplos processos para garantir a assistência segura, eficaz e humanizada aos pacientes. Diante dessa complexidade, a Unidade Pronto Atendimento São Vicente, deverá reafirmar seu compromisso institucional com a qualidade do cuidado e a responsabilidade social, elaborando o Plano de

Contingência como instrumento fundamental para a gestão de riscos e a resposta organizada a eventos adversos que possam comprometer a funcionalidade das unidades e a integridade dos serviços prestados.

Este plano tem como principal objetivo estabelecer um conjunto estruturado de ações e protocolos que permitam à instituição antecipar, minimizar e responder de forma eficaz a situações críticas que interfiram no funcionamento normal da unidade de saúde e de seus serviços complementares. A proposta é garantir que, mesmo em cenários de crise, como falhas operacionais, interrupções de serviços essenciais, paralisações de pessoal, desastres naturais ou eventos de origem externa, a assistência aos usuários seja mantida de forma segura, contínua e com o menor impacto possível.

Além de atender às exigências legais e regulatórias dos órgãos de saúde e segurança, o plano é baseado em uma análise prospectiva de riscos, considerando a realidade local, as características da unidade de saúde e a interdependência dos serviços. As ações previstas priorizam a preservação da vida, a proteção dos profissionais, a segurança das instalações e a manutenção da assistência mínima essencial.

O plano também contempla medidas preventivas, planos alternativos de funcionamento, mecanismos de comunicação interna e externa, bem como articulações com setores parceiros, órgãos públicos e empresas terceirizadas. Dessa forma, busca-se fortalecer a resiliência institucional e garantir uma resposta técnica e coordenada, mesmo em situações de imprevisibilidade.

A elaboração e a aplicação deste plano envolvem diretamente os gestores, lideranças setoriais e equipes operacionais, que devem estar treinados e preparados para sua execução imediata, garantindo que a unidade de saúde mantenha seu compromisso com a excelência assistencial, mesmo diante das adversidades.

A unidade de saúde, comprometida com sua missão de oferecer assistência segura e contínua, estabelece o Plano de Contingência com o objetivo de antecipar, planejar e responder adequadamente a eventos adversos que possam comprometer o funcionamento das suas instalações e a qualidade do atendimento ao usuário. Este plano integra um conjunto de ações organizadas que visam manter a funcionalidade dos serviços essenciais, minimizar riscos à saúde dos pacientes e garantir a

integridade física e emocional de profissionais, ainda que em cenários críticos, poderá ser adequado a realidade institucional da Unidade Pronto Atendimento São Vicente.

1. Paralisações de Profissionais (Greves, Ausências em Massa)

Causas Possíveis: Greves, manifestações, licenças médicas coletivas, absenteísmo elevado.

Ações de Contingência:

- Avaliação imediata do número mínimo de profissionais para funcionamento seguro da unidade;
- Redistribuição de tarefas e remanejamento interno de equipes entre setores e turnos;
- Convocação de profissionais em folga ou de banco de horas;
- Reforço de plantões com profissionais de outras unidades da rede de saúde;
- Contato com instituições parceiras (cooperativas, empresas terceirizadas, voluntariado);
- Notificação aos gestores, contratantes e órgãos públicos de regulação e fiscalização.

Soluções:

- Elaboração de escalas emergenciais;
- Registro formal de todas as medidas adotadas;
- Manutenção de canal de diálogo com representantes sindicais para mediação.

2. Interrupção no Abastecimento de Água ou Energia

Causas Possíveis: Falhas na rede pública, manutenção emergencial, eventos climáticos.

Ações de Contingência:

- Ativação de geradores de energia elétrica (verificação periódica de autonomia e combustível);
- Uso racional da água com acionamento do plano de economia hídrica;

- Contratação de fornecimento emergencial por caminhões-pipa ou empresa terceirizada;
- Suspensão temporária de atividades não essenciais.

Soluções:

- Manutenção preventiva rigorosa de gerador e sistemas hidráulicos;
- Estabelecimento de contrato com fornecedores de emergência.

3. Pane em Sistemas de Tecnologia da Informação (Prontuário, Agendamento, Comunicação)

Causas Possíveis: Queda de sistema, ataque cibernético, falha de servidores. Ações de Contingência:

- Ativação de prontuário físico/manual provisório;
- Registro manual de prescrições, evoluções e solicitações;
- Comunicação interna por meios alternativos (rádio, telefone fixo, mensageiros);
- Acionamento imediato da equipe de TI interna ou terceirizada.

Soluções:

- Backup diário dos sistemas e dados;
- Testes regulares de recuperação de sistemas;
- Treinamento das equipes para uso de fluxos manuais temporários.

4. Falta ou Atraso no Fornecimento de Insumos e Medicamentos

Causas Possíveis: Problemas logísticos com fornecedores, greves de transporte, falhas no estoque.

Ações de Contingência:

- Levantamento emergencial de estoque mínimo por setor;
- Redirecionamento de insumos entre unidades;
- Substituição por materiais e medicamentos alternativos, conforme protocolos institucionais;
- Contato com fornecedores secundários para entrega emergencial.

Soluções:

- Manutenção de estoque de segurança;

- Contratos com mais de um fornecedor por item crítico;
- Acompanhamento contínuo de consumo e reposição.

5. Interrupção de Serviços Terceirizados (Limpeza, Nutrição, Segurança, Manutenção)

Causas Possíveis: Greves, falência, rescisão contratual imprevista. Ações de Contingência:

- Ativação imediata de empresas substitutas por contrato emergencial;
- Redistribuição de tarefas entre equipe própria e setores disponíveis;
- Priorização de atividades críticas (ex: higienização de sala de emergência, preparo de dietas enterais);
- Comunicação clara com o contratante para orientação jurídica e administrativa.

Soluções:

- Cláusulas contratuais prevendo cobertura emergencial e multa por interrupção;
- Cadastro prévio de empresas suplentes com documentação atualizada.

6. Eventos Estruturais e de Risco Físico (Incêndios, Infiltrações, Quedas de Forro, Alagamentos)

Causas Possíveis: Falhas de manutenção, intempéries, acidentes. Ações de Contingência:

- Evacuação e isolamento imediato da área afetada;
- Acionamento da brigada de emergência e equipe de manutenção predial;
- Reorganização do atendimento em setores alternativos;
- Comunicação aos órgãos de defesa civil, segurança pública e vigilância sanitária.

Soluções:

- Plano de evacuação atualizado e treinado periodicamente;
- Manutenção preventiva das instalações prediais e sistemas elétricos/hidráulicos.

7. Contaminações ou Surto de Doenças Transmissíveis

Causas Possíveis: Infecção da unidade de saúde, surto viral, falha no protocolo de biossegurança.

Ações de Contingência:

- Ativação do plano de controle de infecção da unidade de saúde;
- Isolamento dos casos suspeitos ou confirmados;
- Reforço de EPIs e higiene das mãos;
- Notificação aos órgãos de vigilância epidemiológica.

Soluções:

- Treinamentos frequentes sobre controle de infecção;
- Avaliações rotineiras da adesão às medidas de biossegurança.

Este plano deve ser revisado periodicamente com base em simulações, análises de risco e ocorrências anteriores, sendo de responsabilidade da equipe gestora assegurar sua ampla divulgação, capacitação das equipes envolvidas e pronta aplicação em caso de necessidade. A adoção de medidas preventivas, a articulação com diferentes setores e a resposta coordenada são fundamentais para a preservação da assistência à saúde, da segurança institucional e do cumprimento das obrigações legais e regulatórias.

2.6 MODELO DE RELACIONAMENTO ENTRE O PARCEIRO PRIVADO E SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

O modelo de colaboração entre a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) e o parceiro privado pode ser estruturado por meio da celebração de contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS). Essa estratégia visa aprimorar a prestação dos serviços de saúde pública, otimizando o uso de recursos disponíveis, ampliando o acesso da população e incorporando maior eficiência na gestão das unidades assistenciais.

A contratação da OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) tem como principal finalidade integrar a experiência e a capacidade operacional do setor

privado aos princípios e metas do sistema público de saúde. Dessa forma, busca-se aliar inovação, flexibilidade e agilidade na execução das atividades, com o compromisso público de garantir a equidade, a universalidade e a integralidade do atendimento à população. Essa parceria permite que a SES mantenha sua função reguladora e normativa, enquanto a Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) assume a operação direta das unidades de saúde, seguindo diretrizes e metas pactuadas previamente.

O contrato de gestão estabelece as bases da relação entre as partes envolvidas. Nele, são definidos os objetivos da parceria, os recursos financeiros destinados, as metodologias de repasse, os indicadores de desempenho, indicadores de qualidade, os critérios de monitoramento e avaliação, bem como as penalidades previstas em caso de descumprimento contratual. A vigência desses contratos é determinada conforme o planejamento estadual de saúde, podendo ser renovada conforme os resultados alcançados e as demandas assistenciais em constante evolução.

A parceria com a Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) também contempla a implementação de um modelo de governança compartilhada, com mecanismos de controle, transparência e responsabilidade mútua. Através desse modelo, são realizados o acompanhamento sistemático do desempenho, a análise de indicadores estratégicos e operacionais, e a adoção de ações corretivas ou de melhoria contínua, sempre orientadas para a qualificação dos serviços prestados.

Além disso, a utilização de tecnologias de informação e gestão permite maior rastreabilidade das ações, controle de insumos, organização de fluxos assistenciais e gestão mais precisa dos dados em saúde. Essas ferramentas são fundamentais para a tomada de decisão baseada em evidências e para o planejamento de ações com foco nos resultados.

Durante a execução do contrato, podem ser promovidos ajustes para atender a eventuais mudanças no perfil epidemiológico da população, alterações nas políticas públicas de saúde ou transformações no contexto econômico e social. Essa flexibilidade garante que a parceria se mantenha atualizada e em consonância com as reais necessidades da população.

Fidelização da Parceria entre Contratante, Contratado e População, é um dos pilares estratégicos desse modelo de colaboração é a fidelização da parceria tripartite, que envolve de forma contínua e integrada a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) - (contratante), a Organização Social de Saúde Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) - (contratada) e, sobretudo, a população usuária dos serviços. Para além da formalização contratual, essa fidelização é sustentada por relações de confiança, previsibilidade institucional, corresponsabilidade e transparência nas ações.

A fidelização do vínculo entre os atores permite:

- Fortalecimento da continuidade do cuidado, com foco na experiência do paciente e na valorização do território.
- Reconhecimento da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) como parceira estratégica de longo prazo, comprometida com os princípios do SUS e com a entrega de resultados assistenciais sustentáveis.
- Comprometimento da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) com a estabilidade contratual e a valorização dos resultados obtidos, evitando rupturas ou descontinuidade na oferta dos serviços.
- Engajamento da população, que passa a perceber a qualidade, a resolutividade e a humanização do atendimento, sentindo-se parte ativa na avaliação e melhoria do serviço.

Além disso, mecanismos como pesquisas regulares de satisfação, canais de ouvidoria acessíveis, participação em conselhos de saúde e audiências públicas fortalecem o controle social e o protagonismo comunitário, promovendo uma cultura de corresponsabilidade e participação.

A fidelização fortalece a cultura de cooperação, gera estabilidade institucional e reforça o compromisso com a eficiência, qualidade e humanização dos serviços prestados, criando um ambiente favorável à inovação, à melhoria contínua e à perenidade das boas práticas em saúde pública.

O modelo de relacionamento entre a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) e o parceiro privado é formalizado por meio de contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS), instrumento que consolida uma parceria baseada em objetivos comuns, metas de desempenho e responsabilidades definidas.

Esse relacionamento é estruturado em um modelo de cogestão, no qual a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) atua como ente contratante, regulador e fiscalizador, enquanto a Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) assume a execução operacional dos serviços de saúde, com autonomia administrativa para gerir recursos humanos, financeiros, tecnológicos e logísticos, sempre em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com os parâmetros pactuados.

A gestão contratual é sustentada por modelos de governança compartilhada, como comitês gestores, auditorias independentes, relatórios periódicos e transparência ativa. Essa estrutura permite alinhar a operação dos serviços com os planejamentos estadual e regional de saúde, assegurar a resolutividade da assistência, promover a eficiência na alocação de recursos e incentivar a melhoria contínua.

O modelo de relacionamento também prevê a possibilidade de ajustes contratuais, desde que justificados e embasados em evidências, como alterações na demanda assistencial, mudanças epidemiológicas, inovações tecnológicas ou alterações no financiamento público.

Além do aspecto técnico-operacional, esse modelo busca consolidar uma relação duradoura e qualificada, baseada na fidelização da parceria entre contratante (SES), contratado (OSS) e população usuária dos serviços, fortalecendo o compromisso com a continuidade do cuidado, a humanização do atendimento e o aprimoramento constante da qualidade dos serviços públicos de saúde.

O modelo de colaboração entre a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) e as Organizações Sociais de Saúde representa uma estratégia moderna e eficiente para qualificar a gestão dos serviços públicos de saúde. Ao estabelecer uma relação baseada em contratos de gestão, governança compartilhada, transparência e metas claras, cria-se um ambiente propício à inovação, à melhoria contínua e à sustentabilidade dos recursos. A fidelização da parceria entre o ente público, a entidade contratada e a população fortalecem o compromisso com um sistema de saúde mais resolutivo, humanizado e alinhado às reais necessidades da sociedade.

2.7 OS LIMITES DE RESPONSABILIDADES, CONSIDERANDO O OBJETO DE NEGÓCIO, QUE A INSTITUIÇÃO PROPONENTE DEMONSTRA ESTAR DISPOSTA A ASSUMIR NO PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO

No setor da saúde, a publicização permite que uma Organização Social de Saúde (OSS) administre unidades públicas, como hospitais, UPAs, SAMU, UBS, ambulatórios, etc., com mais agilidade na contratação de profissionais, aquisição de insumos e uso de tecnologias de gestão. Tudo isso sob contrato com a Secretaria de Saúde, que continua responsável por definir as políticas, repassar recursos e fiscalizar os resultados.

No Brasil, a publicização foi regulamentada pela Lei nº 9.637/1998, que criou o modelo das Organizações Sociais. Essa lei estabelece os critérios para qualificação de uma entidade como OS, a forma de celebração dos contratos de gestão e os mecanismos de controle e avaliação.

A publicização representa um modelo híbrido de gestão pública, que busca combinar os valores do serviço público com a eficiência administrativa do setor privado, sem romper com o princípio da universalidade e gratuidade do SUS. Quando bem regulamentada, monitorada e alinhada aos interesses coletivos, pode ser uma estratégia eficaz para aprimorar a entrega dos serviços públicos à população.

O modelo de publicização da gestão de serviços públicos de saúde constitui uma estratégia de modernização administrativa, por meio da qual o Estado celebra contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS). Nesse arranjo, a administração pública transfere a execução operacional de serviços assistenciais para uma entidade privada sem fins lucrativos, preservando, no entanto, suas funções indelegáveis, como o planejamento, a regulação, o financiamento e o controle social do sistema.

Para que esse modelo seja eficaz, é essencial estabelecer de forma clara e transparente as atribuições e os limites de responsabilidade entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a OSS contratada. Tal delimitação garante não apenas segurança jurídica às partes envolvidas, mas também a proteção do interesse público, a eficiência na gestão dos recursos e a efetividade dos serviços prestados à população.

Responsabilidades da OSS no Processo de Publicização

A OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), na condição de entidade executora, compromete-se a assumir uma série de atribuições vinculadas à operação dos serviços de saúde:

- Gestão assistencial e administrativa, cabe à OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), realizar a administração completa da unidade, incluindo o atendimento clínico/ assistencial, além das atividades de apoio administrativo, logístico e tecnológico. Isso envolve o planejamento operacional, o controle de estoque, a gestão de pessoal, a execução orçamentária e a supervisão contínua da qualidade dos serviços.
- Gestão de infraestrutura e suporte, a instituição será responsável por manter, conservar e, quando possível, aprimorar a infraestrutura física e tecnológica da unidade, garantindo ambientes seguros, acessíveis e adequados ao atendimento humanizado.
- Cumprimento de metas e indicadores, a OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), deve atingir as metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no contrato de gestão, relacionadas à produção assistencial, tempos de espera, satisfação do usuário e desfechos clínicos. Esses resultados serão monitorados por meio de indicadores previamente definidos.
- Compromisso com inovação e eficiência, espera-se da OSS a incorporação de práticas modernas de gestão, ferramentas tecnológicas e soluções inovadoras que promovam o uso racional dos recursos públicos, reduzam desperdícios e melhorem os processos de trabalho e os resultados assistenciais.
- Transparência na execução, a instituição deve manter sistemas de informação e relatórios atualizados, prestando contas regularmente à Secretaria Estado Saúde de Sergipe (SES/ SE) sobre os aspectos técnicos, financeiros e operacionais, garantindo o controle e a participação social.

Responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde

Embora a OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), assume a execução operacional, o poder público mantém as atribuições estratégicas e normativas do sistema:

- Planejamento e regulação dos serviços, a Secretaria Estado Saúde de Sergipe (SES/ SE) é responsável por definir as diretrizes, políticas e prioridades de saúde, assegurando que as unidades geridas por OSS estejam alinhadas ao planejamento estadual e às necessidades regionais.
- Fiscalização e controle da execução contratual, a administração pública deve acompanhar de forma contínua a execução do contrato de gestão, por meio de auditorias, inspeções, comissões de avaliação e instrumentos de controle social.
- Gestão orçamentária e financeira, definição dos limites orçamentários, a autorização de repasses e a decisão sobre investimentos extraordinários permanecem sob competência exclusiva da Secretaria Estado Saúde de Sergipe (SES/ SE).
- Responsabilidade jurídica e institucional, as decisões estratégicas e institucionais relacionadas à política de saúde pública, incluindo normativas sanitárias, protocolos clínicos e diretrizes assistenciais, seguem sendo responsabilidade do Estado.

Compartilhamento de Riscos e Compromissos

O contrato de gestão estabelece um modelo de risco compartilhado:

- A OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) assume os riscos operacionais, relacionados ao cumprimento das metas, controle de custos, gestão de pessoal e organização dos processos internos.
- A Secretaria Estado Saúde de Sergipe (SES/ SE) assume os riscos sistêmicos e estruturais, como crises epidemiológicas, mudanças legais, alterações na demanda assistencial e contingências macroeconômicas.

Esse equilíbrio de responsabilidades fortalece o modelo, permitindo maior adaptabilidade, segurança e capacidade de resposta às necessidades da população.

O modelo de publicização representa uma alternativa eficaz de gestão no âmbito do SUS, desde que baseado em contratos bem estruturados, com metas claras, regras definidas e mecanismos rigorosos de monitoramento e avaliação. A delimitação de responsabilidades entre a OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) e a Secretaria Estado Saúde de Sergipe (SES/ SE) é essencial para assegurar a governança, a transparência e a qualidade dos serviços prestados.

Mais do que uma simples delegação de tarefas, trata-se de uma parceria estratégica orientada por resultados, cujo foco principal é a qualificação do cuidado, o fortalecimento do SUS e a garantia do direito à saúde para todos. A participação social e o controle público são pilares indispensáveis nesse processo, garantindo que os interesses da população estejam sempre no centro das decisões.

Essa divisão estratégica de responsabilidades assegura maior agilidade na gestão, uso racional dos recursos públicos e qualificação da atenção prestada à população. Com mecanismos eficazes de monitoramento, avaliação e transparência, a parceria deve estar sempre orientada pela busca da excelência, pela proteção dos direitos dos cidadãos e pelo compromisso mútuo com a melhoria contínua do sistema público de saúde.

2.8 DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

O modelo de Regulação Assistencial em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um sistema estruturado de organização do fluxo de pacientes, com o objetivo de garantir acesso rápido, eficiente e qualificado aos atendimentos de urgência e emergência. Este modelo permite o uso racional dos recursos físicos, humanos e tecnológicos da Unidade de Pronto Atendimento, contribuindo para a agilidade na tomada de decisões clínicas e administrativas e para a integração da unidade com a Rede de Atenção às Urgências.

A regulação assistencial na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, organiza os atendimentos conforme a classificação de risco do paciente, respeitando os protocolos da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), com ênfase na resolução imediata dos casos de média complexidade e na estabilização clínica dos pacientes graves até sua transferência para hospitais de maior porte.

Etapas da Regulação Assistencial na Unidade de Pronto Atendimento

- Pacientes encaminhados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) são recebidos pela equipe de acolhimento da Unidade de Pronto Atendimento com prioridade, conforme a gravidade apresentada na avaliação pré-

hospitalar. Dependendo do quadro clínico, são direcionados diretamente à sala vermelha, observação clínica ou outra área apropriada, garantindo a continuidade do cuidado sem interrupções.

- Pacientes procuram o serviço por iniciativa própria (demanda espontânea), a regulação se torna ainda mais essencial para garantir acesso equitativo, resolutividade, classificação do risco e adequada utilização dos recursos assistenciais disponíveis.
- Acolhimento com classificação de risco (ACCR), realizado por profissionais capacitados, utilizando protocolos validados como o Politica Nacional de Humanização (PNH), define a prioridade de atendimento de acordo com a gravidade clínica e o risco de morte iminente.
- Organização do fluxo interno, após a classificação, os pacientes são direcionados para diferentes áreas da Unidade de Pronto Atendimento (observação clínica, sala vermelha, sala de medicação, consultórios), de acordo com a sua necessidade. O fluxo é dinâmico e deve ser constantemente avaliado para garantir a fluidez e a segurança.
- Monitoramento da permanência e destino do paciente, a regulação interna acompanha o tempo de permanência do paciente nas áreas de observação, garantindo que os casos com critério de alta sejam resolvidos na unidade, e os casos graves ou que excedem a capacidade da Unidade de Pronto Atendimento sejam regulados para unidades hospitalares via Central de Regulação.
- Gestão da permanência e regulação hospitalar, a equipe de regulação acompanha os casos que excedem a capacidade de resolutividade da Unidade de Pronto Atendimento, iniciando o processo de regulação externa junto à Central de Regulação para transferência hospitalar, especialmente para os casos graves oriundos do SAMU e que necessitam de cuidados de maior complexidade.
- Integração com a rede e a comunicação com o SAMU, centrais de regulação e hospitais da rede é fundamental para garantir transferências seguras, eficazes e no tempo oportuno.
- A aplicação da metodologia Kanban, adaptada para o contexto assistencial da Unidade de Pronto Atendimento, é uma ferramenta visual que permite o gerenciamento ágil e transparente do fluxo de pacientes e da ocupação das áreas

internas da unidade (como observação, medicação, sala vermelha e leitos de estabilização).

A Regulação Assistencial na Unidade de Pronto Atendimento, especialmente diante da demanda espontânea, é um instrumento estratégico para organizar o acesso, proteger a vida, otimizar os recursos públicos e garantir a efetividade do SUS. Por meio dela, é possível assegurar um atendimento mais justo, resolutivo e humanizado, alinhado às diretrizes da Rede de Urgência e Emergência e à missão institucional da unidade.

Objetivos da implantação

Otimizar o tempo de permanência dos pacientes nas áreas da Unidade de Pronto Atendimento, aumentar a visibilidade do fluxo assistencial, evitando acúmulo ou atrasos, melhorar a comunicação entre as equipes assistenciais, administrativas e de regulação externa, agilizar os processos de internação, alta ou regulação para outros serviços e reduzir o tempo de resposta para decisões clínicas e operacionais.

Etapas de Implantação

- Mapeamento do fluxo atual de pacientes, diagnóstico das etapas desde o acolhimento até a alta ou transferência, identificando gargalos, tempos médios e pontos críticos.
- Capacitação da equipe, treinamento de médicos, enfermeiros, recepção e regulação interna para uso da ferramenta Kanban, que pode ser física (quadro branco) ou digital.
- Desenvolvimento do Quadro Kanban, que deve conter colunas que representam os diferentes estágios do atendimento, como:
  - ✓ Classificado e Aguardando Atendimento
  - ✓ Em Consulta Médica
  - ✓ Sala de Medicação / Sala de Procedimentos
  - ✓ Observação Clínica
  - ✓ Sala Vermelha / Leito Crítico
  - ✓ Alta Realizada
  - ✓ Transferência Solicitada / Aguardando Regulação

- Definição de critérios de permanência e prioridade, com tempo máximo por setor e acompanhamento em tempo real.
- Revisão contínua dos dados e processos, com reuniões periódicas para ajustes, baseadas nos indicadores de fluxo e desempenho.

Objetivos da Regulação Assistencial e do Kanban

- Reduzir o tempo de permanência nas áreas internas.
- Aumentar a transparência e a visibilidade do fluxo assistencial.
- Melhorar a comunicação entre equipes assistenciais e de regulação.
- Agilizar processos de alta, internação e transferências.
- Garantir decisões clínicas e operacionais em tempo adequado.

A regulação assistencial funcionará por meio de duas frentes complementares:

✓ Regulação Interna (Intraunidade): Coordenação de fluxos, gestão da permanência, controle da ocupação dos leitos e garantia de resolutividade dos casos com perfil para alta.

✓ Regulação Externa (Interunidade): Comunicação com as centrais de regulação municipal/estadual, encaminhamento dos casos que excedem a capacidade da UPA, e articulação para transferências seguras, priorizando a continuidade do cuidado.

A gestão do processo regulatório será responsabilidade do Núcleo Interno de Regulação (NIR), vinculado à coordenação técnica da unidade, com competência para análise de indicadores, suporte à gestão e apoio à tomada de decisões estratégicas.

Metodologia Kanban

Kanban é uma metodologia ágil que utiliza quadros visuais para organizar e gerenciar o fluxo de trabalho, visando melhorar a eficiência e produtividade da equipe. No contexto da unidade de saúde, o Kanban é empregado na gestão de leitos. Cada cartão visual no quadro representa um leito, com informações sobre a ocupação, tempo de uso, medidas de precaução e outros dados relevantes. O uso do Kanban permite uma visualização clara do status dos leitos, facilitando o gerenciamento do fluxo de pacientes e a avaliação do tempo de permanência na unidade. Além disso, a

ferramenta contribui para a otimização da utilização dos leitos e para a coordenação, garantindo um atendimento eficiente e adequado.

Modelo é uma ferramenta de gestão assistencial, a metodologia Kanban, originária do Japão e utilizada predominantemente em ambientes industriais e de gestão de projetos, tem ganhado destaque no setor da saúde devido à sua capacidade de melhorar a eficiência, otimizar fluxos de trabalho e promover uma gestão mais visual e dinâmica. A implantação dessa metodologia para o gerenciamento de leitos em uma unidade de saúde pode transformar significativamente a gestão do atendimento e a experiência dos pacientes.

Objetivos da implantação a aplicação do Kanban no gerenciamento de leitos pediátricos visa:

- **Aumentar a visibilidade** do processo de movimentação de pacientes (observações, transferências, altas).
- **Melhorar a comunicação** entre as equipes médicas, de enfermagem e administrativas.
- **Garantir a organização e a eficiência** na utilização dos leitos, evitando sobrecarga ou subutilização.
- **Otimizando o fluxo de pacientes** e garantindo que os pacientes recebam os cuidados necessários no tempo adequado.

Etapas de Implementação

- **Mapeamento e diagnóstico inicial, a**ntes de iniciar a implantação, é essencial entender o fluxo atual de pacientes e leitos dentro da unidade de saúde. A equipe deve mapear as principais etapas do processo, desde a admissão de pacientes até as altas, identificando gargalos e áreas de melhoria.
- **Treinamento das equipes,** Kanban exige a participação de todos os envolvidos no processo. Equipes médicas, de enfermagem e administrativas precisam ser treinadas para compreender como a metodologia funciona e como ela será aplicada para o gerenciamento de leitos. O foco é no uso de quadros Kanban (físicos ou digitais) para organizar e monitorar as movimentações de pacientes.

O desenvolvimento do quadro Kanban é a ferramenta central da metodologia. No contexto de saúde, ele pode ser uma versão digital (software) ou

física (em formato de quadro branco). O quadro será dividido em colunas, representando as diferentes fases de ocupação do leito, tais como:

- Disponível: Leito livre e pronto para ocupação.
- Em Aguardando Vaga: Paciente esperando a disponibilidade de leito.
- Observação**:** Paciente em tratamento, aguardando evolução do quadro clinico e ou transferência.
- Alta**:** Paciente pronto para alta e aguardando a liberação.
- Leito Desocupado**:** Leito que foi desocupado e está disponível novamente.

A movimentação dos cartões (representando pacientes) entre essas colunas permite uma visão clara e em tempo real do estado de cada leito.

Com base na demanda e na disponibilidade de leitos, é necessário estabelecer limites máximos de leitos em cada fase (em Unidade de Pronto Atendimento de até 24 horas). Além disso, deve-se definir as prioridades de admissão e alta dos pacientes, considerando as necessidades clínicas e a urgência.

A metodologia Kanban depende de um ciclo contínuo de monitoramento e ajustes, a cada movimentação de paciente, os dados do quadro são atualizados e as equipes devem revisar regularmente o quadro para identificar possíveis gargalos ou ineficiências. A análise periódica também ajuda na tomada de decisão sobre ajustes nos limites de leitos e na priorização de pacientes.

A implementação do Kanban no gerenciamento de leitos deve ser acompanhada por métricas de desempenho, como:

- Tempo médio de espera para internação e alta.
- Taxa de ocupação de leitos**.**
- Número de leitos ociosos ou sobrecarregados.
- Satisfação dos pacientes e familiares, medindo a percepção do atendimento.

Essas métricas ajudam a avaliar a eficácia da implementação e a identificar áreas de melhoria contínua.

Os benefícios da implantação do Kanban no gerenciamento de leitos intensificam a **visibilidade e transparência** por oferecer uma visão clara do estado de cada leito e paciente, permitindo que a equipe da unidade de saúde tenha informações rápidas e precisas para tomar decisões, melhorando a eficiência operacional da Instituição, otimizado da utilização dos espaços disponíveis, reduzindo

tempos de espera e aumentando a capacidade de atendimento. Com a otimização dos processos de internação e alta, os pacientes são atendidos de forma mais ágil e eficaz, o que reflete diretamente na sua satisfação

Indicadores de Monitoramento

Para avaliar a eficácia da Regulação Assistencial e do Kanban na Unidade de Pronto Atendimento, podem ser utilizados indicadores como:

- Tempo médio de espera por classificação de risco;
- Tempo médio de permanência por tipo de risco;
- Tempo de resposta para regulação hospitalar;
- Taxa de ocupação das áreas críticas (sala vermelha, observação);
- Taxa de pacientes que permanecem além do tempo recomendado;
- Nível de satisfação dos usuários e da equipe.

A regulação assistencial aplicada ao contexto das Unidades de Pronto Atendimento é essencial para garantir o acesso qualificado e seguro ao atendimento de urgência e emergência. A implantação da metodologia Kanban como ferramenta de apoio à gestão dos fluxos e leitos reforça a agilidade, a eficiência e a resolubilidade do cuidado, promovendo mais organização, melhores resultados clínicos e maior satisfação dos usuários.

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

2.9 DESCRIÇÃO DE COMO SERÁ GERENCIADO O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DOS PACIENTES DA UNIDADE

O transporte inter-hospitalar de pacientes é uma atividade planejada, executada de forma organizada e segura, com foco na continuidade do cuidado, agilidade no deslocamento e segurança clínica durante a transferência entre diferentes unidades de saúde. Esse processo requer a atuação articulada entre equipes assistenciais, setor de transporte e serviços de regulação, a fim de garantir

que cada paciente seja conduzido com os cuidados necessários e dentro dos padrões estabelecidos de qualidade e segurança.

A finalidade do transporte inter-hospitalar é realizar a transferência de pacientes de forma segura, eficiente e oportuna, seja para realização de exames, procedimentos especializados, internações em serviços de maior complexidade ou continuidade terapêutica em outra unidade.

A gestão do transporte deve estar ancorada em um planejamento eficiente, envolvendo:

- Definição de rotas e horários com base em critérios assistenciais e logísticos;
- Comunicação direta e contínua entre unidade de origem, destino e equipe de transporte;
- Registro detalhado sobre o quadro clínico do paciente, garantindo repasse das informações essenciais à equipe que o receberá.

Antes da transferência, é fundamental avaliar os riscos clínicos envolvidos, a fim de definir os recursos e o nível de suporte necessários durante o deslocamento, bem como garantir monitoramento e segurança ao longo do trajeto, conforme a condição clínica do paciente.

- Transporte Simples, destinado a pacientes estáveis, que necessitam se deslocar para exames ou consultas especializadas. Realizado com ambulância básica, equipada com oxigênio, maca e itens essenciais para suporte básico.
- Transporte de Urgência/Emergência, indicado para pacientes que requerem cuidados contínuos durante o trajeto, situações em que há risco iminente à vida ou agravamento clínico, com prioridade máxima. Equipado para manter a estabilização do paciente até o destino utiliza ambulância tipo UTI móvel, equipada com suporte avançado de vida e equipe formada por médico, enfermeiro e condutor especializado.

O processo de transporte inter-hospitalar de pacientes em uma Unidade de Pronto Atendimento, começa com a avaliação médica. O profissional assistente identifica a necessidade de transferência do paciente, seja por demanda de internação hospitalar, realização de exames ou procedimentos especializados, ou necessidade de cuidados intensivos não disponíveis na Unidade de Pronto Atendimento.

Após essa avaliação, é feita a classificação da gravidade clínica do paciente, determinando o nível de complexidade exigido para o transporte. Pacientes estáveis podem ser transportados em ambulância de suporte básico, enquanto pacientes instáveis necessitam de ambulância com suporte avançado, como uma UTI móvel, com equipe médica especializada a bordo.

Confirmada a necessidade de transferência, o médico responsável preenche a ficha de solicitação de transferência inter-hospitalar, detalhando os dados do paciente, o quadro clínico, os cuidados necessários durante o transporte, e a justificativa da transferência. Essa documentação é enviada para a Central de Regulação de Leitos do estado.

A Central de Regulação avalia a solicitação, identifica a unidade hospitalar com leito disponível e compatível com as necessidades clínicas do paciente, e autoriza a transferência. A partir desse momento, a equipe da Unidade de Pronto Atendimento organiza a logística do transporte, que pode ser feito por quando suporte básico pela viatura da unidade, quando existir a necessidade de suporte avançado será disponibilizada a viatura pela equipe de urgência/emergência referenciada pelo contratante com disponibilização da equipe assistencial pela Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL).

Enquanto isso, o paciente é preparado para a transferência. A equipe da Unidade de Pronto Atendimento realiza a estabilização clínica, reúne os exames e prontuário médico, e organiza todos os cuidados necessários para a segurança durante o deslocamento. O tipo de ambulância (suporte básico ou avançado) e a equipe (motorista, técnico de enfermagem e, se necessário, médico) são definidos com base na condição do paciente.

A comunicação entre a Unidade de Pronto Atendimento, a equipe de transporte e a unidade de destino é mantida durante todo o processo, para garantir que a equipe hospitalar esteja pronta para receber o paciente. O transporte é realizado com a máxima segurança, respeitando o tempo de resposta e a condição clínica do usuário.

Ao chegar à unidade hospitalar de destino, o paciente é entregue formalmente, com a devida transmissão das informações clínicas. A equipe receptora assina o recebimento, e o transporte retorna à base.

Por fim, a Unidade de Pronto Atendimento registra toda a operação no prontuário do paciente e informa à Central de Regulação a conclusão da transferência. Esse processo pode ser avaliado periodicamente para identificação de melhorias, incluindo a análise de tempo de resposta, segurança, eficiência e satisfação da equipe envolvida.

Deve constar no documento de transferência a solicitação preenchida pelo responsável médico assistente, que deve preencher a ficha de transferência contendo:

- Diagnóstico e condições clínicas do paciente;
- Procedimentos ou exames a serem realizados;
- Cuidados e precauções específicos durante o transporte.

Essa solicitação será encaminhada à central de regulação de transportes quando suporte avançado, que organizará a logística conforme a demanda e disponibilidade da frota. A unidade de destino será comunicada previamente, com tempo hábil para preparar a recepção do paciente.

Composição da Equipe de Transporte

A equipe responsável pelo deslocamento dos pacientes é composta por profissionais habilitados, conforme a complexidade da situação:

- Condutor Socorrista: Treinado em condução segura de ambulâncias e em situações emergenciais;
- Equipe de Enfermagem: Técnicos ou enfermeiros experientes em transporte, responsáveis por monitorar sinais vitais e aplicar cuidados durante o trajeto;
- Médico: Presente em transportes de maior complexidade, especialmente em casos críticos ou instáveis.

Os veículos utilizados no transporte seguem padrões definidos conforme o tipo de atendimento necessário:

- Ambulância Básica (Tipo B): Com oxigênio, maca, materiais de primeiros socorros e monitoramento básico.
- UTI Móvel (Tipo D): Contém ventilador mecânico, monitores cardíacos, desfibrilador, bombas de infusão, materiais de intubação, além de outros equipamentos para suporte intensivo.

Além dos equipamentos, há comunicação ativa entre a equipe de transporte e as unidades envolvidas, via rádio ou telefone, assegurando suporte remoto em tempo real.

- Planejamento do roteiro, as rotas são definidas considerando a urgência do quadro clínico, o tempo de resposta e as condições do trânsito, com possibilidade de desvio para rotas alternativas, caso necessário.
- Tempo de transporte, monitorado e registrado. Para casos críticos, o tempo deve ser minimizado, e todos os recursos de suporte à vida estarão disponíveis durante o percurso.

Após cada transferência, é real*iza*da uma avaliação do processo, com foco em melhorias contínuas. São considerados:

- Cumprimento dos protocolos de segurança;
- Feedback da equipe de saúde da unidade de destino sobre a qualidade da transferência;
- Identificação de falhas ou oportunidades de aprimoramento.

Profissionais envolvidos no transporte participam regularmente de capacitações e treinamentos, garantindo atualização contínua em protocolos de emergência, biossegurança e transporte seguro de pacientes.

O transporte inter-hospitalar funcionará de forma ininterrupta (24 horas por dia, 7 dias por semana), assegurando suporte contínuo às demandas da Unidade de Pronto Atendimento e à articulação com a rede de atenção à saúde. Esse serviço é essencial para garantir a resolutividade dos atendimentos, especialmente nos casos que exigem encaminhamentos para unidades hospitalares de maior complexidade.

A gestão da ambulância da Unidade Suporte Básico (UBS), utilizada para transportes será de responsabilidade da Organização Social de Saúde (OSS), que deverá manter veículo e condutor disponíveis conforme a necessidade da unidade e a programação.

Já a Unidade de Suporte Avançado (USA) permanece sob responsabilidade operacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), conforme definido pelas diretrizes da Rede de Urgência e Emergência (RUE). O acionamento da USA se dará por meio da regulação médica via Central SAMU, que definirá a logística e a

prioridade do transporte com base na gravidade clínica e na disponibilidade da rede de referência.

Nos casos em que, por impossibilidade operacional, a equipe do SAMU não puder realizar o acompanhamento clínico do paciente na USA (por ausência de médico ou enfermeiro, por exemplo), caberá à Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) prover, de forma imediata, equipe assistencial da própria Unidade de Pronto Atendimento, composta por profissionais capacitados e habilitados, garantindo a segurança clínica e a continuidade do cuidado durante o deslocamento.

Essa responsabilidade compartilhada assegura agilidade, continuidade do cuidado, segurança do paciente e cooperação entre os entes envolvidos, respeitando as pactuações municipais e estaduais vigentes, e reforçando o compromisso da OSS com a eficiência da regulação e a articulação em rede.

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

2.10 CRONOGRAMA COM PRAZOS PROPOSTOS PARA IMPLANTAÇÃO E PARA PLENO FUNCIONAMENTO DE CADA SERVIÇO PROPOSTO

A implantação eficiente dos serviços propostos requer planejamento estruturado, definição clara de etapas e prazos realistas que assegurem a operacionalização plena da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente. O cronograma a seguir foi elaborado com base nas diretrizes técnicas e administrativas da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/ SE), considerando a complexidade de cada serviço, a disponibilidade de recursos humanos e materiais, as adequações físicas e tecnológicas necessárias, bem como os prazos legais e operacionais.

O objetivo principal deste cronograma é garantir a implantação progressiva, segura e qualificada dos setores assistenciais, administrativos e de apoio, respeitando os princípios de continuidade do cuidado, resolutividade e humanização no atendimento. O planejamento contempla tanto a fase de instalação inicial de cada

serviço quanto o prazo estimado para seu pleno funcionamento, assegurando que todas as atividades estejam em conformidade.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SÃO VICENTE												
DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	**MÊS**	**MÊS**	**MÊS**	**MÊS**	**MÊS**	**MÊS**	**MÊS**	**MÊS**	**MÊS**	**MÊS**	**MÊS**	**MÊS**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Início das atividades com a equipe de Implantação.												
Definição dos Gestores Estratégicos.												
Abertura da filial da BHCL no estado SE												
Abertura das conatas correntes para o projeto												
Integração: apresentação da OSS												
Mapeamento da unidade (fluxo, processos, sistematica de trabalho).												
Avaliar sistemática dos processos e documentações do Departamento Pessoal, visando avaliar as informações de trabalho e possíveis pendencias.												
Definir serviço terceirizado para realização dos exames admissionais.												
Providenciar uniforme, crachá e relógio de ponto (digital).												
Realizar processos seletivos para complementar o quadro de profissionais.												
Avaliação, definição e transição dos profissionais da UPA, identificando os permaneceram trabalhando com a OSS BHCL, realizar as admissões dos profissionais.												

Formação do banco de talentos												
Avaliação, implanatação e implementação do sistema informatizado.												
Capacitação de toda equipe quanto ao uso do sistema												
Realizar levantamento, analise e negociação com os serviços terceirizados da unidade.												
Adequação dos fluxos de circulação da unidade de saúde												
Estruturação do serviços assistenciais, apoio e administrativo.												
Avaliar e/ ou rever, e/ ou adequar a comunicação visual.												
Realizar levantamento patrimonial e formalizar junto ao contratante.												
Avaliar e providenciar documentaçãode acordo com as legislações vigente da unidade (Licenças, alvará, etc).												
Avaliar processos existente e implementar os processos de trabalho, normas, rotinas, fluxos, etc.												
Avaliar e convidar profissionais da Instituição para compor as Comissões.												
Implantação das Comissões estabelecidas no Plano de Trabalho												
Realizar registro e atualização do CNES.												
Avaliar e ou implantar serviço do NQSP.												
Definir e padronizar as informações, dados e sistemática de coleta, para mensuração de indicadores e metas												

Implantação das Políticas Institucionais.												
Estabelecer cronograma de reuniões, com gestores e lideranças da Instituição.												
Organização e implementação do SAU/ Ouvidoria												
Organização e implementação do NEP												
Organização e implementação do NVE												
Utilização da Conta corrente específica e exclusiva do Contrato de Gestão												
Dar suporte às áreas envolvidas para o gerenciamento da Unidade de Saúde no que tange ao planejamento e controle da gestão financeira.												
Implantação de ações de sustentabilidade												
Processos de Cargos e Salários – Revisão das Descrições das Funções												
Avaliação de Desempenho por Competências												
Comunicação Interna (padronização do formato a ser utilizado)												
Levantamento situacional da Organização e Fluxos de Arquivo de Prontuários dos Usuários												
Organização e definição do Serviço de Arquivo de Prontuários dos Usuários												
Monitoramento de indicadores de desempenho unidade de saúde de qualidade e da produtividade												
Monitoramento de outros indicadores de qualidade												

Sistemática de aplicação de ações corretivas de desempenho a partir do monitoramento dos indicadores												
Implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário												
Aplicação da Pesquisa de Satisfação												
Comunicação e Informação ao Usuário												
Implantar o Núcleo de Educação Permanente												
Realização de auditorias internas para verificação quanto ao atendimento aos critérios pré-estabelecidos no processo de Educação Permanente e Desenvolvimento;												
Realizar análise crítica do processo, visando à melhoria contínua do processo de Educação Permanente												
Desenvolver ações previstas no Plano de Treinamento Anual												
Levantamento Sistemático de Necessidades de Educação Permanente												
Programa de Desenvolvimento de Lideranças												
Formação de Multiplicadores												
Reconhecimento de processos e adaptações necessárias à fase de implantação da gestão												
Ações de implantação de regras, normas rotinas e regulamentos												
Planejamento de ações de estágios, treinamentos, residências e campos de pesquisa												

Análise e emissão de pareceres para desenvolver atividades de estágios, residências, e campos de pesquisas												
Mapeamento dos processos e dos riscos e perigos.												
Elaboração da documentação referente ao processo de Nível 1 da Acreditação												
Diagnóstico para estabelecimento da Comissão da Qualidade												
Avaliação de Diagnóstico Acreditação Nível 1 - IAC												
Revisão, adequação e elaboração de Documentos Institucionais: Regulamento, manuais, etc												
Elaboração de indicadores por área												
Levantamento dos riscos ocupacionais												
Elaboração do Programa de Gestão de Riscos – PGR												
Elaboração do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO												
Implantação do Programa de Vacinação												
Programa de Controle e Redução do Absenteísmo												
Programa de Biossegurança												
Equipamentos de Proteção Individual (treinamento, distribuição e controle do uso)												
SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho												

Realização dos exames médicos periódicos com indicação semestral												
Realização dos demais exames periódicos												
Implantação do PGRSS												
Elaboração e entrega do relatório de prestação de contas												

**Nota: Informamos que, ao longo do presente projeto, o cronograma descritivo de implantação e funcionamento dos serviços está detalhado em tópicos específicos conforme a natureza de cada setor ou atividade. Dessa forma, os prazos e etapas de execução poderão ser consultados diretamente nos capítulos ou seções correspondentes, permitindo melhor compreensão do planejamento técnico e gerencial proposto para a Unidade Pronto Atendimento.*

2.11 DESCRIÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO, INFORMANDO AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO QUE SERÃO ALOCADAS NA UNIDADE

A área de Tecnologia da Informação (TI) da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente tem como missão disponibilizar sistemas e infraestrutura digitais seguros, integrados e de alta disponibilidade, sustentando as necessidades assistenciais, operacionais e administrativas em regime 24 horas todos os dias da semana. O setor atua de forma estratégica, garantindo governança de dados, agilidade na tomada de decisão clínica e eficiência na gestão de recursos.

O modelo de gestão da informação para Unidade de Pronto Atendimento deve apoiar-se em cinco pilares estratégicos que orientam toda a infraestrutura tecnológica e os processos de TI.

1. Disponibilidade, o primeiro compromisso é manter os sistemas essenciais, como classificação de risco, prescrição eletrônica, regulação de leitos e integração com o SAMU, operando de forma ininterrupta. Para isso, estabelece-se uma meta mínima de 99,9 % de tempo de atividade, viabilizada por servidores redundantes, enlaces de internet duplicados e planos de contingência testados periodicamente.

2. Segurança e LGPD: proteger dados pessoais e sensíveis é prioridade absoluta. Todas as informações trafegam criptografadas e ficam armazenadas em servidores que seguem as melhores práticas da ISO 27001. Além disso, políticas internas e controles de acesso baseiam-se nos requisitos da Lei 13.709/2018 (LGPD) e nas diretrizes de segurança da Saúde Digital/RNP, garantindo confidencialidade, integridade e rastreabilidade de cada registro.

3. Interoperabilidade, para que as informações circulem sem barreiras entre a UPA, o e-SUS/PEC, o CNES, o SIH/SUS e as centrais de regulação, a arquitetura emprega padrões abertos como HL7 FHIR, TISS e LOINC e ou outros. Essa integração em tempo real evita retrabalho, reduz erros de digitação e acelera a tomada de decisão clínica e gerencial.

4. Inteligência de dados, todos os sistemas devem alimentar um data warehouse que, por meio de painéis de Business Intelligence (BI), transforma dados brutos em conhecimento. Indicadores assistenciais, como tempo porta-médico e

permanência na observação, operacionais como eficiência global de equipamentos, financeiros e de satisfação do usuário ficam disponíveis em dashboards que suportam decisões rápidas e baseadas em evidências.

5. Inovação contínua, a Unidade de Pronto Atendimento São Vicente deve manter um ciclo permanente de avaliação de tecnologias emergentes que agreguem valor à assistência. Entre as prioridades estão IoT clínico para telemetria de dispositivos, RFID para rastreamento de bens, inteligência artificial preditiva para antecipar picos de demanda e soluções que ampliem o acesso a exames. Ou seja, o caráter modular da infraestrutura permitir e incorporar esses recursos com agilidade, garantindo ganhos constantes de qualidade e produtividade.

Esses objetivos estruturantes, quando trabalhados de forma integrada, criam uma base robusta que sustenta a excelência assistencial, a eficiência administrativa e a conformidade regulatória da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente.

O núcleo clínico assistencial da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente é sustentado por um ecossistema de soluções tecnológicas integradas, projetadas para garantir agilidade, precisão e segurança no cuidado ao paciente, desde a triagem até o desfecho assistencial. Essas tecnologias formam uma rede interconectada que fortalece o atendimento de urgência e emergência, apoiando decisões clínicas em tempo real.

1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP): será utilizado o sistema e-SUS PEC, devidamente integrado ao módulo Unidade de Pronto Atendimento do Ministério da Saúde, que contempla funcionalidades específicas para atendimento de urgência, prescrição eletrônica e registro completo da linha de cuidado. Essa integração permite registro unificado, maior rastreabilidade das ações e otimização dos processos clínicos.

2. Sistema de Informação Hospitalar (HIS): o HIS atuará como plataforma central para o gerenciamento assistencial e administrativo, com interoperabilidade em padrão HL7 para se comunicar com sistemas de apoio diagnóstico como LIS (Laboratório de Análises Clínicas), PACS/RIS (Radiologia e Imagem) e módulos de fisioterapia. Essa comunicação fluida garante que todos os resultados e laudos estejam disponíveis diretamente no prontuário, reduzindo retrabalho e tempo de resposta clínica.

3. Como inovação para o serviço a implantação da telemedicina síncrona: para ampliar a resolutividade do atendimento e reduzir transferências desnecessárias, a Unidade de Pronto Atendimento contará com recursos de telemedicina em tempo real, inicialmente voltados para especialidades estratégicas como dermatologia e neurologia (especialmente para avaliação de AVC agudo). Essa abordagem garante suporte diagnóstico imediato, com especialistas acessíveis remotamente.

4. Pontos de cuidado móveis (Point of Care): a equipe utilizará computadores e ou tablets com conexão Wi-Fi 6, permitindo o registro e a consulta de informações diretamente na triagem, nas salas de observação e no leito do paciente. Esses dispositivos serão usados para classificação de risco, registro de sinais vitais, checagem de medicação e procedimentos beira-leito, promovendo maior segurança e produtividade no atendimento.

Esse conjunto de soluções torna o ambiente assistencial da Unidade de Pronto Atendimento altamente tecnológico, integrado e responsivo, reforçando a segurança do paciente, a efetividade clínica e a eficiência operacional. O ecossistema é projetado para escalabilidade, permitindo futuras expansões com facilidade.

- O Núcleo Operacional e Logístico da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente deve ser composto por tecnologias e sistemas que asseguram o funcionamento eficiente e contínuo da estrutura física, dos fluxos de trabalho e da gestão de recursos. A informatização desses processos permite maior controle, agilidade e transparência, além de possibilitar a tomada de decisões baseada em dados em tempo real.
- ERP Saúde Integrado: será adotado um sistema de Planejamento de Recursos Empresariais (ERP) voltado para a área da saúde, com módulos interligados de compras, almoxarifado, farmácia, contabilidade e gestão de pessoas. Esse sistema permitirá controle rigoroso de insumos, rastreabilidade de medicamentos, automação de compras e controle financeiro centralizado, promovendo eficiência e evitando desperdícios.
- Sistema de Gestão de Manutenção (CMMS): a manutenção dos ativos críticos da unidade será gerida por um sistema informatizado de gestão da manutenção, esse sistema fará manutenção preditiva de equipamentos como

geradores, compressores e sistemas de climatização (chillers), antecipando falhas e reduzindo o tempo de inatividade técnica.

- Painel Digital: instalado na sala de situação da unidade, permitirá o monitoramento visual e em tempo real do fluxo dos pacientes, destacando indicadores de ocupação e permanência nas áreas de Sala Vermelha, Observação, Classificação de Risco e Regulação. Esse painel será uma ferramenta essencial para a coordenação assistencial e melhoria dos tempos de resposta.
- Dashboard Regulatório: será adotado um painel de exportação automática de dados regulatórios, permitindo o envio padronizado e validado de informações para sistemas externos como SIH/SUS, SIVEP-Gripe, GAL e CNES. Essa automação reduz erros de digitação, agiliza os envios mensais e fortalece a integração com os sistemas do Ministério da Saúde.
- Esse ecossistema tecnológico, articulado entre os núcleos assistencial, logístico e de governança, transforma a Unidade de Pronto Atendimento em uma unidade inteligente, segura e eficiente, pronta para lidar com os desafios diários do cuidado em urgência e emergência.

A segurança da informação na Unidade de Pronto Atendimento será estruturada por uma arquitetura em camadas, com o objetivo de garantir a confidencialidade, integridade, disponibilidade e rastreabilidade dos dados assistenciais, operacionais e administrativos. O modelo adotado segue os princípios da ISO 27001 e as diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), abrangendo desde o perímetro da rede até a camada de armazenamento de dados e continuidade dos serviços.

A consolidação de um modelo eficiente de gestão da informação em uma Unidade de Pronto Atendimento depende da articulação entre infraestrutura tecnológica, capacitação profissional, cultura institucional orientada a dados e alianças estratégicas. Esses fatores são determinantes para garantir a sustentabilidade operacional, a qualidade do cuidado e a segurança da informação.

A formação continuada da equipe é um pilar essencial. Serão implantadas trilhas de aprendizado específicas para os diferentes perfis profissionais da unidade, médicos, equipe de enfermagem, administrativos e técnicos, com foco em boas práticas no uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), segurança da informação,

proteção de dados conforme a LGPD (Lei 13.709/2018) e protocolos operacionais padronizados. O objetivo é promover o uso correto das tecnologias e garantir a rastreabilidade, fidedignidade e integridade das informações inseridas no sistema.

Para sustentar os sistemas de missão crítica, serão utilizados equipamentos hospitalares certificados, incluindo computadores all in one hospital grade, com carcaça antibacteriana, impressoras térmicas para pulseiras de identificação (wristband), além de infraestrutura de rede com Wi-Fi redundante (mínimo duas bandas com failover automático). Estão previstas trocas preventivas e plano de manutenção proativa, a fim de minimizar riscos de falhas que possam comprometer o fluxo assistencial.

A institucionalização de uma cultura orientada por dados (data driven) será incentivada por meio da geração e divulgação sistemática de relatórios de produção, desempenho assistencial e indicadores de qualidade, apresentados em TVs corporativas, painéis de Business Intelligence (BI) e reuniões gerenciais periódicas. Essa prática visa fomentar a responsabilização dos gestores, o alinhamento estratégico das equipes e a tomada de decisão baseada em evidências.

O sucesso na gestão da informação também depende da manutenção de contratos de suporte técnico com níveis de serviço (SLA) formalmente estabelecidos, abrangendo fornecedores de sistemas críticos como HIS, PACS, ERP e soluções de telecomunicações. Além disso, a Unidade de Pronto Atendimento São Vicente buscará integração com redes colaborativas de inovação, como a RUTE (Rede Universitária de Telemedicina) e o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, possibilitando o acesso a especialistas, teleconsultorias e desenvolvimento tecnológico contínuo.

Modelo de Gestão da Informação proposto assegura que a Unidade de Pronto Atendimento opere com bases tecnológicas robustas, interoperáveis e alinhadas às melhores práticas de governança e segurança. A combinação de infraestrutura resiliente, sistemas integrados, analytics em tempo real e equipe capacitada eleva a qualidade assistencial, reduz custos operacionais e sustenta a missão de oferecer um atendimento de urgência resolutivo, humanizado e centrado no paciente.

Importante Destacar

Infraestrutura de rede e uma conexão de internet de qualidade são elementos indispensáveis. Uma Unidade Pronto Atendimento com internet instável ou de baixa velocidade enfrenta sérios riscos operacionais, como lentidão no acesso a sistemas, indisponibilidade de serviços online (como a regulação de pacientes ou a comunicação com o SAMU e centrais hospitalares), e falhas na transmissão de dados clínicos. Além disso, a conectividade é essencial para integrar os diversos setores da unidade, garantir o funcionamento de sistemas em nuvem e permitir o envio de informações ao e-SUS/PEC e demais plataformas do Ministério da Saúde.

Portanto, investir em uma rede de internet segura, rápida e com redundância é uma medida estratégica para garantir o pleno funcionamento da TI na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente. Aliado a isso, é necessário manter equipe técnica capacitada, realizar manutenção preventiva e adotar protocolos de segurança da informação, protegendo os dados sensíveis dos pacientes.

A transformação digital na saúde passa, inevitavelmente, por uma base sólida de conectividade. Para a Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, se traduz em mais agilidade no atendimento, melhor organização dos fluxos assistenciais e, principalmente, em mais segurança e qualidade para o cuidado prestado à população.

2.12 DESCRIÇÃO DE MODELO DE GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS E SUA RELAÇÃO COM OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS, EM ESPECIAL, O SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR – SIH E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL – SIA.

A implantação de um modelo estruturado de gerenciamento eletrônico de prontuários (PEP) na Unidade de Pronto Atendimento representa um marco estratégico para a qualificação da assistência, a governança clínica e a integração da unidade com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e os sistemas de informação do SUS.

O PEP é uma plataforma informatizada responsável por registrar, armazenar e compartilhar com segurança todas as informações clínicas, assistenciais e administrativas geradas durante o atendimento ao paciente. Ele substitui os registros manuais e físicos, assegurando acesso em tempo real, rastreabilidade e padronização

dos dados, com respaldo nos princípios da interoperabilidade e da segurança da informação.

O modelo adotado visa garantir a integração progressiva com os sistemas oficiais do SUS, em especial:

- SIH/SUS (Sistema de Informação Hospitalar): responsável pelo registro e processamento da produção hospitalar e observação prolongada;
- SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial): voltado ao registro da produção ambulatorial, atendimentos multiprofissionais e faturamento.

Funcionalidades e Integrações Operacionais, o PEP será operado por todos os profissionais da equipe multiprofissional, de forma integrada, permitindo:

- Registro padronizado de evoluções, prescrições, exames e procedimentos;
- Geração automática de relatórios assistenciais e administrativos;
- Criação dos boletins BPA-I (individualizado) e BPA-C (consolidado) para o SIA/SUS;
- Apoio à gestão da produção, regulação e auditoria;
- Suporte à avaliação da permanência em observação e encaminhamentos da unidade.

Além disso, o sistema contará com interoperabilidade com os sistemas de apoio diagnóstico, como:

- LIS (Laboratory Information System): integração com laboratórios para requisições e recebimento de exames laboratoriais em tempo real;
- RIS/PACS: solicitação, recepção e arquivamento de exames de imagem (RX, TC, USG), com acesso direto a imagens e laudos.

Benefícios do PEP para os profissionais de saúde:

- Acesso simultâneo às informações do paciente por diferentes áreas;
- Redução do retrabalho e de erros manuais;
- Planejamento terapêutico mais eficiente;
- Melhor rastreabilidade de condutas e notificações.

Para os usuários do SUS:

- Garantia de sigilo e privacidade conforme a LGPD;
- Redução do tempo de espera e maior resolutividade;

- Registro unificado da trajetória de cuidado;
- Menor dependência de documentos físicos.

Para a gestão pública e institucional:

- Dados estruturados para avaliação de indicadores e auditorias;
- Integração com sistemas do Ministério da Saúde (e-SUS, SIA, SIH);
- Qualificação do faturamento e transparência na produção;
- Redução de custos com armazenamento físico de documentos.

***Nota Tecnica**

Em visita técnica realizada na unidade, foi sinalizado que o prontuário eletrônico do paciente (PEP) ainda não está implementado pela empresa responsável, não possui computadores nos consultórios, o sistema também não permite assinaturas eletrônicas dos profissionais, bem como não está integrado aos sistemas de resultados de exames dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT). Essas limitações comprometem a efetividade do uso do prontuário eletrônico como ferramenta completa de registro clínico e gestão da informação assistencial.

A ausência de assinatura eletrônica certificada impede que os registros realizados no sistema tenham validade jurídica plena, obrigando, em muitos casos, a impressão e assinatura manual de documentos clínicos. Isso gera retrabalho, risco de perda de informações, duplicidade de registros e dificulta a rastreabilidade e integridade dos dados. Além disso, a não integração com os resultados de exames laboratoriais e de imagem compromete a agilidade no acesso à informação diagnóstica, podendo atrasar condutas médicas, aumentar o tempo de permanência do paciente e impactar negativamente na resolutividade da assistência.

Outro ponto crítico diz respeito à ausência de um modelo estruturado de gerenciamento eletrônico de prontuários compatível com os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Sem um sistema plenamente digitalizado e integrado, a extração de dados, o envio de informações obrigatórias e o faturamento dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares são prejudicados, comprometendo a gestão financeira, a conformidade com as normas do Ministério da Saúde e a captação de recursos federais.

Além disso, a inexistência dessa integração automatizada gera um elevado retrabalho nas rotinas administrativas e assistenciais, pois obriga as equipes a realizarem a digitalização manual de documentos físicos, duplicando etapas que poderiam ser automatizadas com segurança e padronização. Esse processo fragmentado compromete a produtividade dos profissionais, aumenta o risco de erros de transcrição e dificulta a consolidação das informações clínicas e administrativas em tempo real.

Portanto, a plena implementação de um sistema de prontuário eletrônico interoperável, com certificação digital, integração com resultados de SADTs e aos sistemas nacionais do SUS, é essencial para garantir a eficiência assistencial, a segurança da informação, a transparência na gestão e a sustentabilidade financeira da unidade.

2.13 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS - SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, DIFERENTES CLÍNICAS, ATIVIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, AMBULATÓRIO, SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT, CENTRO CIRÚRGICO, UTI, UNIDADE DE INTERNAÇÃO (ENFERMARIAS)

A Unidade de Pronto Atendimento de São Vicente, localizada em Tobias Barreto/ SE, tem se consolidado como um serviço estratégico e essencial na Rede de Urgência e Emergência do estado. Com funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, todos os dias da semana, e atendimento qualificado à população, a unidade destaca-se pela resolutividade, estrutura física adequada, equipe multiprofissional capacitada e resultados assistenciais expressivos, refletidos em seus indicadores de desempenho.

A unidade funciona em uma estrutura física do antigo hospital do município que foi desativado e atualmente está em funcionamento como Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, o que reforça a importância da realização de adequações e melhorias graduais, de forma planejada e em tempo oportuno. Essas ações são fundamentais para assegurar a plena funcionalidade dos espaços, a organização eficiente dos fluxos assistenciais e a continuidade da qualificação dos serviços

prestados à população. Além disso, contribuem para o fortalecimento do cuidado em saúde, com foco permanente na ampliação do acesso, no acolhimento humanizado e na prestação de um atendimento seguro, resolutivo e de qualidade.

A unidade é referência no atendimento de demandas espontâneas da população, casos encaminhados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e transferências de unidades de menor ou igual complexidade, funcionando como porta de entrada prioritária para situações agudas de saúde.

Da estrutura física da Unidade de Pronto Atendimento de São Vicente:

- 01 sala de Acolhimento com Classificação de Risco
- 01 sala de Atendimento Social
- 02 consultórios médicos
- 01 sala de atendimento a pacientes críticos / estabilização
- 01 sala de curativos.
- 01 sala de higienização.
- 01 sala de pequena cirurgia.
- 01 salas de observação feminina
- 01 salas de observação masculina
- 02 salas de observação indiferenciada
- 01 sala de observação pediátrica
- 01 leito de isolamento

Os Serviços de Apoio e Diagnóstico constituem um eixo fundamental para a efetividade e agilidade na tomada de decisão clínica. Esses serviços garantem suporte ao processo de triagem, estabilização, conduta médica e definição de encaminhamentos, contribuindo diretamente para a resolutividade da unidade no cuidado às urgências e emergências, serviços de apoio e diagnóstico devem estar organizados para funcionar em fluxo contínuo e colaborativo, respeitando critérios clínicos, prioridades assistenciais e promovendo o cuidado resolutivo no menor tempo possível. A padronização dos exames, a qualificação da equipe técnica e o uso racional de recursos fortalecem a eficiência operacional da unidade e impactam positivamente nos desfechos clínicos, os serviços disponíveis são:

- Laboratório realiza exames de urgência com resultados em tempo oportuno, essenciais para o suporte diagnóstico imediato, a estrutura está organizada para funcionar de forma ininterrupta (24 horas).
- Serviço de raio-X convencional digitalizado, disponível 24h, que permite a realização de exames essenciais para avaliação de traumas, quadros respiratórios, dor torácica, entre outros.
- Eletrocardiograma (ECG) é realizado rotineiramente em pacientes com queixa de dor torácica, palpitações, síncope ou outras condições cardiológicas. A análise do traçado é feita em tempo real, com apoio da equipe médica, garantindo intervenção imediata em casos suspeitos.

*Nota: Em visita técnica realizada na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, foi apresentada uma sala destinada à realização de exames de ultrassonografia (USS). Foi informado que o exame é realizado semanalmente, às quintas-feiras, por médico plantonista capacitado, com o objetivo de qualificar o processo assistencial.

Ressalta-se que a oferta deste exame não constitui exigência obrigatória prevista em normativas específicas para o funcionamento das UPAs. Contudo, sua disponibilidade representa um diferencial positivo, contribuindo significativamente para a resolutividade clínica, a redução de encaminhamentos desnecessários e a otimização da conduta médica frente aos casos de urgência e emergência.

A manutenção dessa prática é recomendada como ação estratégica de apoio diagnóstico, em consonância com os princípios da integralidade e da eficiência na atenção à saúde.

Com essa infraestrutura, a unidade está preparada para o atendimento a diversas condições clínicas e traumáticas, promovendo o cuidado integral, desde o acolhimento com classificação de risco até a observação, estabilização e, quando necessário, a transferência segura para outros níveis de atenção.

A Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) propõe um modelo de gestão integrada, resolutiva e tecnológica, alinhado às diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e da Política Nacional de Humanização (PNH), contribuindo para a efetividade do SUS e para a ampliação do acesso com qualidade à população sergipana atraves da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente.

2.13.1 Organização dos Serviços Assistenciais

A Política Assistencial da Beneficência Hospitalr Cesário Lange (BHCL) tem como propósito assegurar a qualidade, segurança e humanização nos processos de cuidado, por meio da implantação e manutenção de um modelo assistencial centrado no paciente e na geração de valor para ele e seus familiares. Essa política é desenvolvida em consonância com os interesses da alta administração, profissionais, fornecedores e a comunidade.

Comprometida com a excelência em saúde, a Beneficência Hospitalr Cesário Lange (BHCL) formaliza seus princípios e compromissos assistenciais por meio das seguintes diretrizes:

- Promover a cultura da excelência assistencial como um valor institucional, por meio da liderança pelo exemplo, da responsabilidade individual e da vigilância.
- Compreender, garantir e superar as necessidades assistenciais de pacientes e familiares, oferecendo um cuidado integral, humanizado e seguro.
- Definir objetivos, metas e indicadores assistenciais, com avaliação sistemática de resultados, possibilitando o aprimoramento contínuo dos processos de cuidado compartilhado entre as equipes.
- Aprimorar continuamente a efetividade da gestão assistencial, assegurando qualidade com sustentabilidade, por meio da padronização de processos, eliminação de atividades desnecessárias e redução de desperdícios.
- Estabelecer processos eficazes de comunicação institucional, que garantam alinhamento entre os níveis de gestão e as equipes assistenciais.
- Assegurar a competência técnica, ética e relacional dos profissionais, por meio de capacitações regulares, avaliações de desempenho e desenvolvimento contínuo.
- Atrair, reter e estimular profissionais inovadores e criativos, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo e valorizador do conhecimento.
- Gerenciar proativamente os riscos à saúde e segurança de pacientes, familiares e profissionais, através da identificação, análise, mitigação e monitoramento

dos riscos assistenciais.

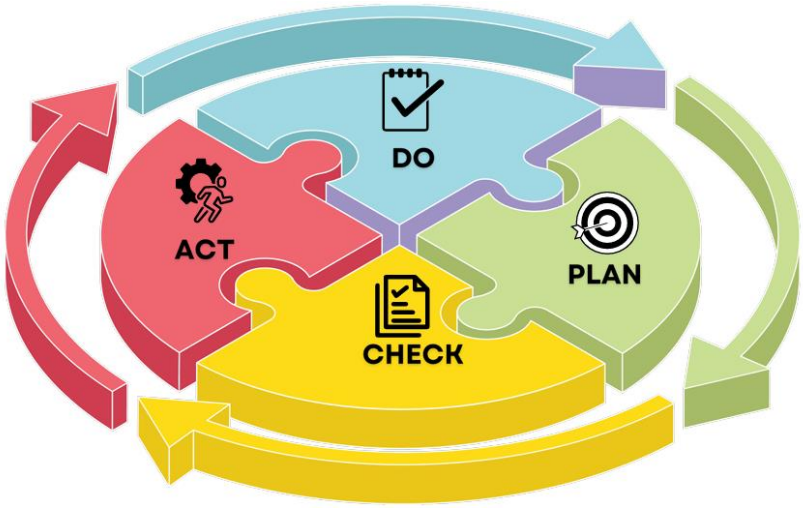
- Monitorar o desempenho dos fornecedores de bens e serviços essenciais à assistência, assegurando padrões de qualidade que impactem positivamente no cuidado prestado.
- Garantir o cumprimento da legislação vigente, normas regulamentadoras e diretrizes institucionais, mantendo a conformidade e a ética profissional como pilares da atuação.
- Atualizar periodicamente os padrões e práticas assistenciais, com base em evidências científicas, diretrizes nacionais e melhores práticas do setor.
- Reconhecer que o cuidado ao paciente e à sua família é uma responsabilidade coletiva, compartilhada por todos os colaboradores da instituição.
- Assegurar a integração e coerência da Política Assistencial com as demais políticas institucionais, promovendo uma atuação sinérgica e estratégica em todos os níveis da organização.
- O processo assistencial está estruturado em uma linha de cuidados contínua, integrada e centrada na pessoa, respeitando as diferentes fases da vida e os diversos contextos de saúde e doença. Esse modelo considera que o cuidado à saúde é dinâmico, cíclico e ininterrupto, acompanhando o paciente desde o nascimento até a fase senil, com foco na promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, que demandam atenção qualificada e direcionada em cada etapa da vida. Esse acompanhamento integral, por meio da linha de cuidado, garante uma assistência humanizada, segura e efetiva, de acordo com os princípios da Política Assistencial da Instituição.

Os cuidados preventivos e a manutenção da saúde são compreendidos como processos contínuos, que se repetem e se renovam a cada nova necessidade do paciente, seja no contexto da saúde plena ou da presença de agravos. Essa visão permite antecipar riscos, identificar necessidades precoces e promover intervenções oportunas, ampliando o valor entregue ao paciente e à sua família.

A sequência de ações assistenciais pode ser comparada à lógica de um sistema de gestão, onde cada etapa do acolhimento inicial ao desfecho do caso é monitorada, avaliada e aperfeiçoada, garantindo a efetividade do cuidado prestado,

permitindo gerenciar a saúde do indivíduo como um todo, promovendo o bem-estar de forma contínua, sustentável e centrada em resultados.

Dessa forma, a aplicação sistemática dos princípios do PDCA (Planejar, Executar, Verificar e Agir) torna-se essencial para todas as ações preventivas ou curativas, promovendo não apenas a restauração da saúde, mas a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do indivíduo em todas as fases da vida.



Esse modelo cíclico já está intrinsecamente presente nas práticas da Medicina e das demais profissões da saúde, por meio do clássico processo de avaliação, diagnóstico, intervenção e reavaliação, com foco na melhoria contínua do estado de saúde. O diferencial aqui está em transformar essa lógica assistencial em uma abordagem gerencial sistematizada, com foco na qualidade, efetividade, segurança e valor em saúde.

Nosso objetivo institucional é consolidar uma visão integrada da linha de cuidados assistenciais, não apenas como uma sucessão de atos clínicos, mas como um sistema de gestão do cuidado que permite:

- Planejar ações conforme as necessidades identificadas do paciente e os recursos disponíveis;
- Executar com responsabilidade, ética, técnica e humanização;
- Verificar continuamente os resultados assistenciais obtidos, por meio de indicadores clínicos e percepções de valor para o paciente;
- Agir de forma proativa na correção de falhas, na melhoria de processos e na qualificação das práticas profissionais.

Esse enfoque nos permite ultrapassar a busca meramente por metas numéricas ou indicadores isolados, e focar na conclusão efetiva da linha de cuidados, com desfechos que representem ganhos reais na qualidade de vida do paciente.

A gestão assistencial da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) abrange desde o cuidado em unidade de saúde, assegurando que cada etapa do processo seja compartilhada entre os profissionais, bem definida em termos de responsabilidade e orientada por protocolos baseados em evidência científica e boas práticas.

Ao adotar uma lógica de gestão por resultados com foco no paciente, a instituição fortalece seu compromisso com a excelência e amplia sua capacidade de gerar impacto positivo e mensurável na saúde da população atendida.

Modelo de Gestão da Linha de Cuidados Assistenciais com Base no Ciclo - PDCA

Acolhimento – (PLAN)

O acolhimento é a porta de entrada do paciente no processo assistencial e marca o início da construção da linha de cuidados. Nessa etapa, o paciente é recepcionado pela equipe multiprofissional médica, de enfermagem ou outro profissional habilitado, que realiza a identificação, escuta qualificada e compreensão da queixa principal ou motivo da admissão, seja por acesso espontâneo ou referenciado.

A partir dessa abordagem inicial, inicia-se a estruturação do plano de cuidado, considerando o histórico clínico e a condição atual do paciente. No ambiente de urgência e emergência, isso se dá pela classificação de risco, enquanto em outros cenários ocorre por meio da avaliação inicial e transcrição do motivo da referência. A responsabilidade compartilhada e o envolvimento ativo da equipe assistencial são fatores determinantes para a efetividade dessa fase.

2. Diagnóstico da Condição Clínica – (PLAN)

O diagnóstico clínico é conduzido com base em uma anamnese detalhada e integral, que considera o paciente como um todo, respeitando sua singularidade e contexto biopsicossocial. O exame físico e os exames complementares (laboratoriais,

funcionais ou de imagem) são direcionados conforme as hipóteses clínicas formuladas, sempre guiados por protocolos assistenciais padronizados e a boa prática profissional.

Essa etapa busca identificar com precisão a condição clínica principal, bem como possíveis comorbidades ou agravos associados, fornecendo uma base sólida para a elaboração de um plano terapêutico personalizado e eficaz. A integralidade do cuidado exige que o indivíduo não seja reduzido a um diagnóstico sindrômico superficial, mas avaliado em sua totalidade.

3. Planejamento do Plano Terapêutico – (PLAN)

Com base no diagnóstico estabelecido, é definida a melhor conduta terapêutica a ser adotada. Esse plano pode envolver tratamento clínico, cuidados de enfermagem, terapias complementares, intervenções cirúrgicas ou cuidados paliativos, sempre respeitando os princípios da segurança, efetividade e equidade.

As decisões clínicas devem seguir protocolos institucionais e diretrizes baseadas em evidência científica, garantindo uniformidade e qualidade assistencial. A prescrição médica e de enfermagem representa a tradução operacional do plano terapêutico, que será executado na etapa seguinte.

4. Execução do Plano Terapêutico – (DO)

A fase de execução envolve a aplicação prática das intervenções planejadas. Isso inclui administração de medicamentos, realização de procedimentos, cuidados diários, orientações ao paciente e apoio emocional.

A segurança do paciente deve ser assegurada por meio de protocolos operacionais padrão (POP), como checagem de medicação, identificação correta, protocolos de segurança do paciente e transporte intra-hospitalar seguro.

A infraestrutura da unidade de saúde, insumos, equipamentos, pessoal capacitado é parte essencial da efetividade desta fase. A checagem contínua da conformidade da execução com a prescrição é fundamental para garantir resultados positivos e prevenir falhas assistenciais.

5. Avaliação de Resultados – (CHECK / LEARN)

A avaliação clínica contínua permite verificar a efetividade das intervenções. Monitoram-se sinais vitais, exames laboratoriais, evolução clínica, resposta ao tratamento e percepção do paciente.

Essa fase inclui não só a checagem da adesão às prescrições, mas também a reavaliação do plano terapêutico com base na evolução clínica, possibilitando o replanejamento dinâmico das ações, quando necessário.

Também é momento de aprendizado institucional: condições clínicas que se manifestam ao longo do cuidado, reações adversas ou respostas inesperadas são registradas e analisadas, gerando conhecimento para melhoria contínua.

6. Transição de Cuidados e Alta – (ACT)

A transição de cuidados é parte essencial da conclusão da linha assistencial. Pode ocorrer de forma horizontal (entre setores da instituição) ou vertical (para domicílio, atenção básica ou cuidados paliativos).

A alta segura exige orientações claras, plano de cuidados pós-alta, comunicação eficaz com familiares e rede de apoio, além de garantia de acesso a serviços de continuidade, deve ser realizados documentos de transição e resumo de alta completos, assegurando a continuidade da linha de cuidados fora do ambiente da unidade de pronto atendimento.

7. Resultados Assistenciais e Indicadores de Qualidade

A medição e análise de resultados são fundamentais para validar a efetividade do modelo assistencial. Utilizamos indicadores padronizados, reprodutíveis e confiáveis, que permitem:

- Estabelecer metas e objetivos clínico-assistenciais;
- Avaliar desempenho das equipes e serviços;
- Identificar oportunidades de melhoria;
- Apoiar decisões gerenciais baseadas em evidências.

A análise crítica dos indicadores deve ser realizada de forma sistemática, em reuniões de equipe, gerando planos de ação corretiva e preventiva, e garantindo o alinhamento com os objetivos institucionais.

O modelo assistencial da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), baseado na gestão por processos e no ciclo PDCA, permite o planejamento, execução, monitoramento e aprimoramento contínuo da linha de cuidados, promovendo saúde com segurança, qualidade, eficiência e humanização. Cada etapa é interdependente, formando um ciclo contínuo de melhoria que se reinicia a cada novo cuidado prestado, reforçando o compromisso institucional com a excelência assistencial centrada no paciente.

Estas diretrizes servem como ferramentas de apoio à prática clínica, integrando conhecimento científico atualizado com a experiência dos profissionais de saúde, e respeitando a singularidade de cada paciente, sua condição clínica e o contexto da instituição. Sua principal função é oferecer subsídios técnicos e éticos para o raciocínio clínico, contribuindo para o estabelecimento de planos terapêuticos adequados, seguros e centrados no paciente.

É essencial compreender que diretrizes, por si só, não substituem o julgamento clínico nem geram ações automáticas. Elas funcionam como instrumentos norteadores da prática, cuja efetividade depende da forma como são adotadas, interpretadas e implementadas pelas equipes assistenciais e pela gestão da unidade de saúde.

Neste contexto, a qualidade da assistência está diretamente relacionada ao comprometimento institucional com as diretrizes, à clareza de sua aplicabilidade e à capacidade das lideranças em imprimir coerência entre o que se orienta e o que se executa na prática assistencial. A direcionalidade política e técnica adotada pela gestão influencia fortemente o êxito na adoção dessas ferramentas.

O uso de protocolos clínicos, trilhas terapêuticas e linhas de cuidado integradas às diretrizes institucionais representa uma estratégia robusta para o fortalecimento das boas práticas, garantindo padronização, segurança, continuidade do cuidado e alinhamento com os princípios éticos e legais da atenção à saúde.

No entanto, para que tais protocolos sejam eficazes, é indispensável um conhecimento aprofundado do problema de saúde a ser enfrentado, definição clara dos objetivos terapêuticos e avaliação crítica das tecnologias e estratégias disponíveis, evitando a aplicação indiscriminada de soluções generalistas ou descontextualizadas.

Assim, espera-se que as diretrizes assistenciais reflitam não apenas o melhor conhecimento técnico-científico disponível, mas que estejam alinhadas à realidade epidemiológica, aos recursos institucionais e à capacidade resolutiva das equipes de saúde. Elas devem manter estreita relação com o perfil da população atendida, os desafios assistenciais enfrentados e os objetivos estratégicos da unidade de saúde, sempre em consonância com a missão institucional de produzir cuidado com qualidade, equidade e humanização.

Diante da crescente procura e da elevada demanda pelos serviços de urgência e emergência, observa-se um intenso e, muitas vezes, desordenado fluxo de usuários, o que tem exigido a reorganização dos processos de trabalho nesses serviços. Essa reorganização é essencial para garantir uma atenção compatível com os diferentes graus de complexidade, necessidades clínicas e níveis de sofrimento dos usuários, superando a lógica tradicional de atendimento por ordem de chegada.

Nesse cenário, os serviços considerados portas de entrada do sistema de saúde, como Prontos-Socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Ambulatórios de Especialidades e Serviços Hospitalares, desempenham papel fundamental como primeiro ponto de contato dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A necessidade de qualificar esse primeiro atendimento, organizando o fluxo de entrada e priorizando os casos de maior gravidade, evidenciou a importância de estratégias que assegurem tanto a humanização quanto a eficiência do cuidado.

É nesse contexto que se insere a estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), implementada pelo Ministério da Saúde desde 2004 como parte das diretrizes da Política Nacional de Humanização. O ACCR representa uma ferramenta essencial para a qualificação da atenção nas portas de entrada, ao promover a escuta qualificada das queixas dos usuários, avaliar o grau de risco e vulnerabilidade, e garantir um atendimento oportuno e articulado com os demais níveis de atenção. Essa abordagem inicia-se no momento da chegada do paciente, assumindo responsabilidade integral desde a recepção, com foco na escuta, acolhimento e resolutividade, fortalecendo a integralidade e a continuidade do cuidado na rede.

O acolhimento deve estar presente no cotidiano das práticas em saúde, sendo efetivado por meio de escuta qualificada, empatia, responsabilização e pactuação entre a demanda do usuário e a capacidade de resposta do serviço. Trata-se de um

dispositivo que rompe com práticas mecanizadas e despersonalizadas, aproximando o cuidado dos princípios da integralidade e da equidade.

Entre as diversas tecnologias de gestão e cuidado que vêm sendo adotadas, o acolhimento com classificação de risco destaca-se como um instrumento potente de reorganização dos fluxos assistenciais, gerando impactos positivos como:

- Maior satisfação de usuários e profissionais;
- Ampliação da eficácia clínica;
- Fortalecimento de equipes de referência;
- Estímulo à gestão compartilhada da clínica;
- Consolidação de redes intersetoriais de cuidado;
- Inclusão dos cuidadores nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS);
- Participação ativa de usuários e profissionais na gestão dos serviços.

A implantação dessa sistemática também promove processos contínuos de reflexão e aprendizado institucional, possibilitando o realinhamento das práticas assistenciais, a construção de novos sentidos e valores no cuidado, e o fortalecimento de ações humanizadas, solidárias e integradas. Ao adotar critérios de avaliação que consideram a complexidade do processo saúde-doença, o grau de sofrimento e o potencial de risco, a classificação de risco amplia a resolutividade e contribui para a diminuição de mortes evitáveis, sequelas e internações desnecessárias.

Esse processo fortalece uma cultura de solidariedade, escuta ativa e paz, legitima o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública e promove alianças estratégicas entre usuários, profissionais e gestores, em defesa de um modelo de cuidado centrado nas pessoas.

Assim, o acolhimento com classificação de risco configura-se como uma intervenção estratégica e decisiva na reestruturação das redes de atenção e na consolidação da promoção da saúde. A classificação de risco é, portanto, um processo dinâmico e contínuo de avaliação clínica e humanitária, que permite identificar os pacientes que necessitam de atendimento imediato com base em critérios objetivos de gravidade, risco e sofrimento, garantindo maior equidade, eficiência e segurança na atenção prestada.

O objetivo do acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde está centrado na melhoria do acesso, na humanização das práticas e na qualificação do cuidado

prestado. Busca-se superar modelos burocráticos e mecanizados, substituindo a lógica da fila e da ordem de chegada por critérios clínicos baseados na gravidade, vulnerabilidade e necessidade de intervenção imediata. O acolhimento, assim, constitui-se como uma prática estratégica que valoriza a escuta qualificada, o vínculo, o respeito e a responsabilização das equipes de saúde frente às demandas dos usuários.

A aplicação da classificação de risco evidencia que nem toda demanda apresentada em unidades de urgência é, de fato, uma emergência, permitindo o encaminhamento adequado de cada caso conforme sua complexidade. Dessa forma, evita-se a sobrecarga dos serviços e promove-se maior eficiência e equidade no acesso.

As diretrizes específicas para os serviços de urgência e emergência estabelecem que o acolhimento deve estar articulado com critérios clínicos bem definidos, que orientem a avaliação do risco e assegurem o acesso aos demais níveis de atenção, sempre que necessário, de forma referenciada e segura. Além disso, recomenda-se o uso de protocolos clínicos e fluxos assistenciais padronizados, com vistas à ampliação da resolutividade, redução de intervenções desnecessárias e promoção do cuidado humanizado e individualizado.

Para a implementação efetiva dessa estratégia, adota-se uma abordagem estruturada, com foco na capacitação contínua dos profissionais, na organização dos processos de trabalho e na adequação das estruturas físicas e tecnológicas. As ações incluem a definição de fluxos e protocolos de atendimento, a sensibilização e qualificação das equipes multiprofissionais, o fortalecimento do sistema de informação para agendamentos e encaminhamentos, e a adequação dos espaços destinados ao acolhimento e à triagem.

Fornecendo atendimento adulto e pediátrico de baixa e média complexidade, nas 24 horas, ambiente especializado no atendimento emergencial de pacientes (adulto/ infantil) que exigem cuidados imediatos devido à urgência. Os processos que ocorrem nesse tipo de pronto atendimento envolvem a acolhimento com classificação de risco (ACCR), avaliação inicial, diagnóstico, tratamento e encaminhamento adequado, seguindo uma estrutura de atendimento eficiente e humanizado.

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

2.13.2 Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) com é o processo técnico de avaliação inicial do paciente para definir a prioridade clínica, o atendimento é realizado por profissional enfermeiro capacitado para realizarem a triagem inicial, classificando os casos de acordo com a gravidade (classificação de cores, como: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), priorizando os casos mais urgentes, seu processo está em identificar situações de risco ou emergência, classificar o paciente de acordo com a gravidade dos sintomas e organizar a fila por critérios clínicos, não por ordem de chegada.

Momento e que são realizadas as etapas básicas do como: anamnese rápida (queixa principal, início dos sintomas, histórico clínico), verificação dos sinais vitais (pressão, temperatura, pulso, respiração), avaliação do estado geral (nível de consciência, dor, sangramentos) e registro no sistema ou ficha de atendimento.

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) - conforme protocolo Programa Nacional de Humanização – PNH.

O acolhimento é o ato de receber o paciente (adulto/ infantil) com escuta qualificada, empatia e respeito. Considerando que todos têm direito ao atendimento, sem discriminação e o cuidado deve respeitar a individualidade de cada pessoa através da escuta ativa (não apenas ouvir, mas compreender), ou seja, é mais do que um procedimento técnico, é uma atitude ética e humanizada da equipe de saúde, que são tão importantes quanto o tratamento clínico.

Procedimento de ACCR

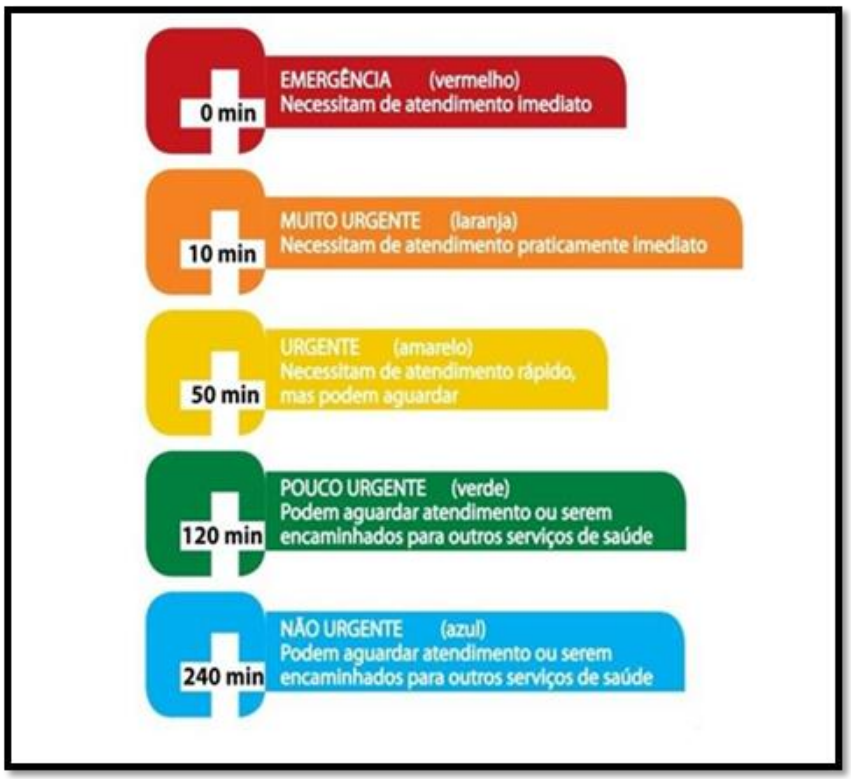
- Objetivo: Determinar a gravidade da condição do paciente (adulto/ infantil) e priorizar o atendimento conforme a necessidade.
- Como é feito: O Enfermeiro da Classificação de Risco, realiza a primeira avaliação do paciente (adulto/ infantil), de acordo com as queixas e histórico apresentado, são classificados conforme a gravidade de sua situação clínica, de acordo com protocolos de triagem (Sistema de Triagem) de acordo com a classificação de cores (vermelho para casos mais graves, até verde para casos menos urgentes).

Importância: Essa classificação permite que os casos mais graves sejam atendidos primeiro, enquanto as situações menos urgentes podem aguardar.

Metodologia de ACCR

A Classificação de Risco com Acolhimento (ACCR) dentro do contexto da Política Nacional de Humanização (PNH), aplicada com base em cores, é uma ferramenta fundamental em unidades de emergência, para organizar o fluxo de atendimento de forma eficiente e priorizando os casos conforme a gravidade. A aplicação por cores permite que os profissionais de saúde identifiquem rapidamente os pacientes que necessitam de atendimento imediato e aqueles que podem aguardar de forma mais tranquila.

A classificação por cores segue uma escala que vai da prioridade máxima para atendimento emergencial imediato até menor urgência, com um foco no atendimento rápido, eficiente e humanizado. Cada cor está associada a um nível de risco e urgência, o que permite otimizar os recursos e organizar o processo de atendimento.



Modelo de Classificação de Risco por Cores

A aplicação dessa classificação pode ser feita por meio da triagem inicial realizada por um profissional enfermeiro após a chegada do paciente ao serviço de pronto atendimento.

➔ COR VERMELHA – EMERGÊNCIA IMEDIATA

Nível de Urgência: Máxima Prioridade (tempo de atendimento 0 minutos)

Descrição: Pacientes que necessitam de atendimento imediato, com risco de vida iminente. A situação é grave e requer intervenção rápida e intensa para salvar a vida do paciente.

Exemplos de Situações: Parada cardiorrespiratória, choque grave (hipovolêmico, séptico, cardiogênico), asfixia ou dificuldades respiratórias extremas (ex.: obstrução das vias aéreas), crises convulsivas persistentes, trauma grave com risco imediato de morte.

Ação: O paciente é imediatamente encaminhado para a sala de reanimação ou atendimento emergencial, com equipe completa de médicos e enfermeiros prontos para agir.

➔ COR LARANJA - URGENTE

Nível de Urgência: Alta Prioridade (tempo de atendimento 10 minutos)

Descrição: Pacientes com condições graves, mas que não estão em risco imediato de vida. A situação exige uma resposta rápida, mas há uma pequena janela de tempo para o tratamento.

Exemplos de Situações: Dificuldades respiratórias moderadas a graves (como em crises asmáticas intensas), dor abdominal severa, indicando possível emergência cirúrgica (apendicite, torção ovariana), convulsões que já cessaram, mas que exigem monitoramento, hemorragias moderadas ou fraturas graves (não expostas), trauma que comprometa funções vitais, mas sem risco imediato.

Ação: O paciente é atendido rapidamente, em um período de tempo mais curto que os demais, mas sem a urgência extrema da cor vermelha. A equipe médica deve iniciar o tratamento imediatamente após a avaliação.

➔ COR AMARELA – POUCO URGENTE

Nível de Urgência: Média Prioridade (tempo de atendimento 50 minutos)

Descrição: Pacientes que apresentam sintomas graves, mas que não são imediatamente ameaçadores à vida. Esses pacientes podem aguardar algum tempo para o atendimento, mas precisam de acompanhamento contínuo.

Exemplos de Situações: Febre alta com sinais de infecção, mas sem sinais de comprometimento grave (ex.: otite média, faringite), fraturas simples, que não apresentam risco imediato, condições respiratórias leves a moderadas (ex.: rinite alérgica severa, crises asmáticas leves), desidratação moderada, doenças virais com sintomas intensos, mas sem complicações imediatas.

Ação: O paciente é atendido em breve, mas não com a urgência dos casos vermelhos e laranjas. Monitoramento contínuo pode ser necessário para verificar a evolução do quadro clínico.

➔ COR VERDE - LEVE

Nível de Urgência: Baixa Prioridade (tempo de atendimento 120 minutos)

Descrição: Pacientes com condições não graves, que podem esperar por atendimento sem risco significativo à saúde. Esses pacientes são classificados como não urgentes.

Exemplos de Situações: Resfriados comuns ou sintomas gripais leves, pequenas lesões ou escoriações, desidratação leve ou sintomas de vírus que não comprometem a saúde da criança de maneira significativa, doenças crônicas estabilizadas que necessitam de ajustes no tratamento, sem risco imediato.

Ação: O paciente pode aguardar o atendimento por um tempo maior. A prioridade é baixa, e o atendimento será realizado após os casos mais urgentes.

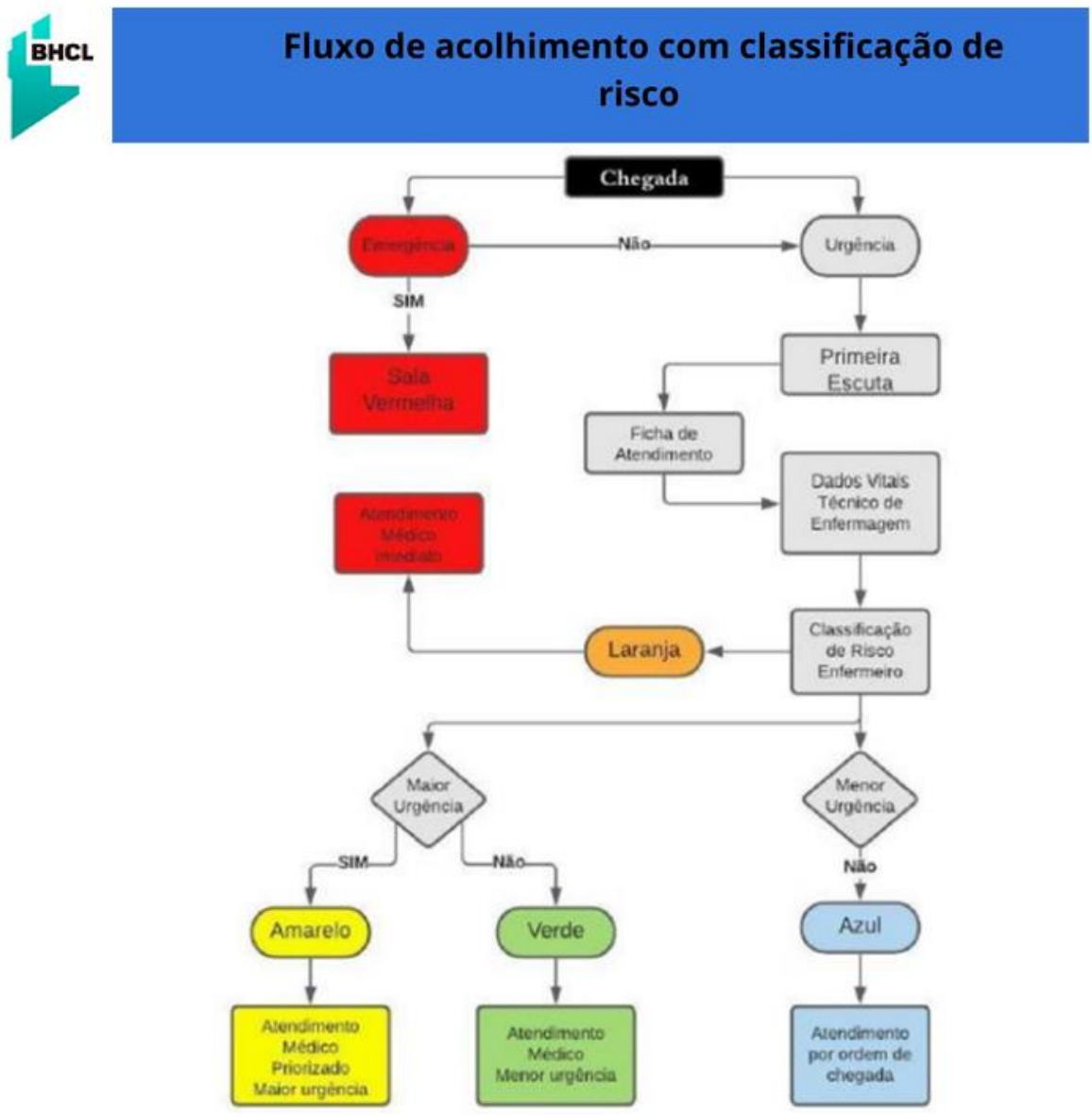
➔ COR AZUL – NÃO URGENTE

Nível de Urgência: Muito Baixa Prioridade (tempo de atendimento 240 minutos)

Descrição: Pacientes com sintomas que não representam risco imediato à saúde e não exigem atendimento imediato. Esses casos podem ser agendados para consulta ambulatorial ou encaminhados para a atenção básica.

Exemplos de Situações: Exame de rotina ou controle de condições de saúde estáveis, pequenos problemas de saúde, como leves resfriados ou tosse, condições sem complicações e que não exigem cuidados de emergência.

Ação: O paciente é orientado a procurar cuidados ambulatoriais ou retornos em consultas agendadas.



Implementação da Classificação de Risco por Cores no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

O processo de Classificação de Risco por Cores é aplicado em conjunto com o acolhimento, que envolve a escuta ativa e o respeito pelas necessidades emocionais

dos pacientes. Ao aplicar a ACCR com cores, é importante: Proporcionar um Atendimento Humanizado, o acolhimento deve ser realizado com empatia e explicação clara sobre o processo, garantindo que os pacientes (e responsáveis) compreendam a classificação e o que está sendo feito para o tratamento.

A classificação por cores permite que a equipe organize o fluxo de pacientes e atenda as situações mais graves de maneira rápida, sem desconsiderar os demais casos. A prioridade de atendimento deve seguir a lógica das cores, com rapidez para os mais urgentes e eficácia no acolhimento dos demais casos.

Os benefícios da Classificação por Cores no ACCR estão na organização e eficiência, facilitando a organização do fluxo de pacientes, evitando longas esperas para casos urgentes e críticos.

Atenção Prioritária garante que os pacientes mais graves recebam o tratamento imediato, aumentando as chances de um desfecho positivo, bem como a comunicação clara, através da utilização de cores simples facilita a compreensão de toda a equipe de saúde sobre a situação do paciente, além de tornar a explicação para o paciente ou responsável mais acessível.

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Enfermeiro (por turno)

✓ Técnico de Enfermagem (apoio na triagem, sinais vitais, transporte)

✓ Recepcionista/administrativo

✓ Assistente Social (Plantão Social), apoio conforme demanda (violência, vulnerabilidade, itinerância)

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

2.13.3 Atendimento Assistencial

Consultórios Médicos: A Unidade de Pronto Atendimento São Vicente dispõe de dois consultórios médicos devidamente equipados para o atendimento de pacientes adultos e pediátricos. Cada consultório conta com os recursos essenciais para avaliação clínica, como estetoscópios, oxímetros de pulso, termômetros digitais,

balanças antropométricas, balanças pediátricas, esfigmomanômetros e outros instrumentos de apoio ao diagnóstico inicial.

Esses consultórios são utilizados após o paciente passar pelo acolhimento com classificação de risco (ACCR). São ambientes planejados para assegurar privacidade, segurança, conforto e agilidade, permitindo ao profissional de saúde realizar uma avaliação minuciosa e eficaz.

O atendimento médico segue uma sequência metodológica padronizada, visando o diagnóstico precoce, o manejo adequado dos casos e a garantia da resolutividade assistencial:

1. Anamnese, através da escuta ativa da queixa principal do paciente; levantamento da história da doença atual (HDA); investigação de doenças preexistentes, alergias, uso de medicamentos, antecedentes familiares, condições de vida e hábitos; no caso pediátrico, inclui informações gestacionais, vacinas, aleitamento, desenvolvimento neuropsicomotor e contexto familiar.
2. Histórico diagnóstico e terapêutico, levantamento e análise do histórico de atendimentos anteriores (quando disponível); avaliação de diagnósticos prévios e tratamentos em curso; consulta ao prontuário eletrônico (PEP), quando disponível, para histórico de internações e exames anteriores.
3. Exame físico direcionado, realização da avaliação por sistemas (cardiorrespiratório, neurológico, gastrointestinal, etc.); verificação de sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial e saturação de oxigênio e identificação de sinais de gravidade ou instabilidade clínica.
4. Hipótese diagnóstica, conduta, observação e desfecho clínico, com base nos achados obtidos durante a anamnese, exame físico e histórico clínico, o profissional médico formula a(s) hipótese(s) diagnóstica(s), orientando a tomada de decisão de forma segura e padronizada. A conduta será definida conforme a complexidade do caso, podendo envolver:

- Solicitação de exames complementares laboratoriais ou de imagem, quando indicados;
- Prescrição de medicamentos, conforme os protocolos clínico-assistenciais estabelecidos;

- Realização de procedimentos imediatos, como administração de medicamentos injetáveis, nebulização, oxigenoterapia, curativos, estabilização clínica e outros cuidados necessários;
- Encaminhamentos, nos casos que demandem internação hospitalar, avaliação especializada ou seguimento na Atenção Primária.
- Pacientes em observação, alguns pacientes, após a avaliação médica inicial, necessitam de permanência em observação por até 24 horas. Esses casos são monitorados em ambiente próprio, com suporte clínico contínuo e reavaliações médicas frequentes, visando:

✓ Aguardar evolução ou estabilização do quadro clínico;

✓ Avaliar a resposta ao tratamento instituído;

✓ Evitar internações desnecessárias com manejo clínico resolutivo na unidade;

✓ Manter o paciente sob vigilância até a definição do desfecho clínico mais adequado.

Durante o período de observação, são realizadas anotações multiprofissionais e reavaliações periódicas, permitindo ajustes terapêuticos conforme a evolução do caso.

- Possíveis Desfechos do Atendimento

✓ Alta médica, com orientações de cuidados domiciliares, sinais de alerta e, quando necessário, encaminhamento para acompanhamento ambulatorial ou na Atenção Primária;

✓ Reavaliação clínica programada, em casos que necessitam de monitoramento sintomático ou resposta ao tratamento;

✓ Transferência regulada, para unidades de maior complexidade, quando identificada a necessidade de internação, exames especializados ou procedimentos que excedam a capacidade resolutiva da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente;

✓ Acompanhamento pelas equipes de enfermagem, médica e apoio diagnóstico durante todo o processo, com registro completo em prontuário eletrônico, conforme os critérios de segurança e continuidade do cuidado.

Esse fluxo assegura que cada paciente receba atenção integral, segura, humanizada e alinhada às diretrizes da Rede de Urgência e Emergência (RUE), com foco na resolutividade e na articulação entre os níveis de atenção.

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Médicos Clínicos Gerais (para atendimento adulto e infantil – por turno)

✓ Enfermeiro (apoio à condução de fluxos e encaminhamentos)

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

2.13.4 Sala de Emergência e Urgência

Na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente é o ambiente destinado ao atendimento de pacientes com quadro clínico agudo, grave ou em risco iminente de morte, que demandam intervenções imediatas e monitoramento intensivo. O processo de atendimento segue etapas bem definidas, com base em protocolos e fluxos assistenciais.

1. Acesso e Encaminhamento: Pacientes são encaminhados à sala de emergência após classificação de risco, categoria vermelha ou laranja (conforme Protocolo ACCR), também podem chegar por demanda espontânea com agravamento súbito, via SAMU ou transferências interinstitucionais. O acolhimento imediato é feito por equipe multiprofissional.

2. Estabilização Inicial e Avaliação Rápida: Avaliação primária (ABCDE): vias aéreas, respiração, circulação, nível de consciência e exposição; Monitoramento contínuo: sinais vitais, oximetria, eletrocardiograma, controle glicêmico; Instalação de acesso venoso periférico e início de medidas de suporte (oxigênio, fluidos, medicações); Realização de exames laboratoriais e/ou imagem de urgência, conforme necessidade clínica.

3. Conduta Médica Imediata: Intervenções terapêuticas urgentes conforme protocolos para dor torácica, crise convulsiva, insuficiência respiratória, politrauma, intoxicação, sepse, entre outros; Administração de medicamentos com dupla checagem e segurança; Suporte ventilatório, reanimação cardiopulmonar (RCP) e uso

de carrinho de emergência, quando indicado; Comunicação com a equipe de regulação para leito hospitalar, se houver necessidade de transferência.

4. Monitoramento Contínuo e Reavaliações: O paciente permanece em observação contínua e monitorização multiparametrica; Reavaliações clínicas e de resposta às terapias são feitas de forma sistemática pela equipe médica e de enfermagem; A equipe multiprofissional atua de forma integrada com foco na estabilização e no controle dos agravos.

5. Definição do Desfecho Clínico: Após estabilização ou evolução clínica, o desfecho do atendimento pode seguir três vias:

- ✓ Transferência hospitalar regulada, via Central de Regulação, quando o caso exige cuidados em unidade de maior complexidade (ex: UTI, centro cirúrgico, internação prolongada);
- ✓ Permanência em observação na unidade, se o quadro clínico permitir;
- ✓ Alta médica com orientações, em casos de resolução do agravo após intervenção de urgência.

6. Registro e Comunicação Efetiva: Todo o atendimento é registrado detalhadamente no prontuário eletrônico do paciente (PEP) e ou manual, com data, hora, ações executadas, evolução clínica e equipe responsável; A equipe realiza passagem de plantão estruturada, conforme critérios de segurança do paciente, evitando falhas de continuidade assistencial.

Composição da equipe de profissionais:

- ✓ Médico Clínico (plantonista)
- ✓ Enfermeiro (com experiência em urgência/emergência)
- ✓ Técnicos de Enfermagem (um para suporte direto ao médico e outro para suporte de medicação/monitorização)

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

- ✓ Psicólogo (acionado presencial em crises agudas, tentativa de suicídio, luto ou violência)
- ✓ Assistente Social (acionado conforme complexidade social do caso)

Horário de funcionamento: 08hs00 as 18hs00, de segunda a sexta-feira, com horário de almoço.

2.13.5 Leitos de Observação

Sua principal função oferecer acompanhamento clínico temporário e intensivo, por até 24 horas, a pacientes que necessitam de vigilância contínua e avaliação da evolução do quadro clínico, sem que, naquele momento, exista indicação imediata de alta ou de transferência hospitalar.

Esses leitos desempenham um papel estratégico na organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, atuando como um ponto intermediário entre o atendimento inicial e a definição do destino assistencial, seja a alta com segurança, a transferência para unidade hospitalar de retaguarda, ou o retorno programado à Atenção Primária à Saúde.

Durante a estadia do paciente na unidade de observação são desenvolvidas ações para monitoramento das condições clinicas dos pacientes que requerem vigilância contínua, mas não imediata de uma internação hospitalar, evitando encaminhamentos desnecessários ao hospital, realizando reavaliações clínicas sequenciais, conforme protocolos estabelecidos.

Bem como para aguardar a resposta ao tratamento inicial, como analgesia, hidratação, antibioticoterapia, controle da febre ou estabilização de sinais vitais, realização e/ou resultado de exames complementares, que possam definir com maior precisão o diagnóstico e conduta terapêutica e ou oferecer suporte social e emocional, em casos que exigem apoio psicossocial ou articulação com a rede de proteção social.

Em geral o perfil destes pacientes são casos clínicos moderados com necessidade de reavaliação, dor aguda em investigação, descompensações de doenças crônicas com resposta parcial ao tratamento, crianças com quadros febris ou respiratórios sob avaliação, pacientes em processo de estabilização clínica antes de possível transferência.

A estrutura de observação, está distribuída por setores em leitos: masculino, feminino, indiferenciado, pediátrico e isolamento, garante cuidado humanizado,

seguro e qualificado, com o suporte de equipe multiprofissional e o uso de protocolos clínico-assistenciais baseados em evidências.

A permanência do paciente nos leitos de observação da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente se destina ao monitoramento clínico contínuo de casos que, após atendimento inicial, exigem acompanhamento por um período máximo de 24 horas, conforme diretrizes do Ministério da Saúde e protocolos da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Fluxo de Atendimento no Período de Observação

1. Admissão na observação, após avaliação médica e indicação clínica justificada.
2. Registro detalhado em prontuário, constando motivo da permanência, hipótese diagnóstica e plano terapêutico.
3. Acompanhamento contínuo da equipe multiprofissional:

✓ Médico: reavaliações a cada 6h ou conforme protocolo.

✓ Enfermagem: checagem de sinais vitais a cada 2h, controle de dor, administração de medicamentos.

✓ Psicólogo e assistente social: acionados conforme necessidade psicossocial ou vulnerabilidade.

4. Decisão terapêutica em até 24h:

✓ Alta clínica com orientações.

✓ Encaminhamento à unidade hospitalar de retaguarda.

✓ Referência para atenção ambulatorial ou unidade básica de saúde.

✓ Manutenção temporária com justificativa técnica em casos excepcionais (ex: fila de regulação aguardando leito).

Leito de Isolamento para Doenças Infecciosas – Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) dispõe de um (01) leito destinado ao atendimento de pacientes com doenças infecciosas ou parasitárias que demandam isolamento clínico, terapêutico e/ou vigilância epidemiológica. Este leito é essencial para o controle de infecções transmissíveis, contribuindo diretamente para a

interrupção das cadeias de transmissão, oferecendo tratamento adequado e favorecendo a recuperação do paciente.

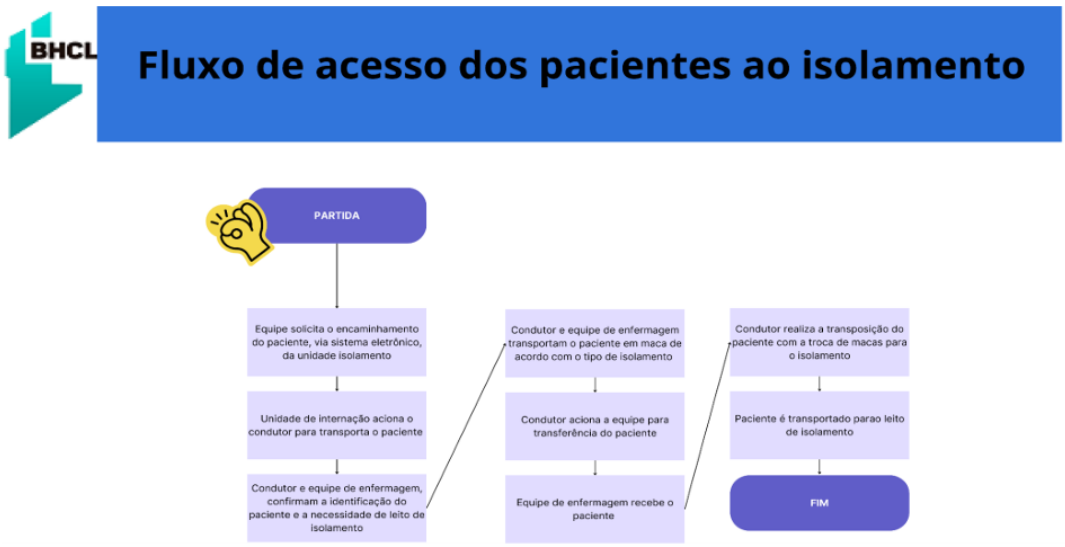
O leito conta com assistência médica e de enfermagem contínua, equipamentos específicos, recursos humanos capacitados e acesso a tecnologias voltadas ao diagnóstico e à terapêutica. Está estruturado conforme as normas da RDC nº 50/2002 (ANVISA) e diretrizes complementares da vigilância sanitária e epidemiológica.

A finalidade do leito de isolamento é proporcionar acompanhamento clínico especializado para pacientes com infecções agudas ou crônicas, transmissíveis ou não, implementar medidas de isolamento conforme o agente etiológico, assegurar a segurança do paciente e da equipe de saúde, garantir tratamento medicamentoso com suporte clínico contínuo, além de atuar de forma integrada à vigilância epidemiológica e à rede de atenção à saúde.

As principais indicações para internação no leito de isolamento incluem: doenças de notificação compulsória que exigem isolamento (como meningite, leptospirose, febre tifoide, cólera), infecções respiratórias transmissíveis graves (como tuberculose em fase bacilífera, COVID-19, influenza grave), hepatites virais com manifestações clínicas graves, HIV/AIDS com complicações infecciosas, doenças exantemáticas com evolução complicada (como sarampo e varicela em adultos), doenças tropicais negligenciadas (como malária, leishmaniose e esquistossomose em fase aguda) e pacientes com suspeita de agentes altamente contagiosos ou de risco biológico elevado.

Quanto às medidas de biossegurança e isolamento, aplicam-se diferentes tipos de precaução, de acordo com o agente infeccioso: precaução de contato (uso de luvas e avental, como em casos de Clostridium difficile e escabiose), precaução por gotículas (máscara cirúrgica e distanciamento, como na meningite meningocócica), precaução por aerossóis (máscara N95 e quarto com pressão negativa, como em tuberculose e sarampo) e, quando necessário, isolamento protetor ou reverso, especialmente em pacientes imunossuprimidos. Toda a equipe deve estar treinada em paramentação, desparamentação, descarte de resíduos e notificação de casos conforme os protocolos estabelecidos.

Por fim, os leitos de isolamento mantêm articulação com os serviços de Vigilância em Saúde para notificação e ações de bloqueio, com os laboratórios de referência para confirmação diagnóstica, com a atenção primária e especializada para o seguimento pós-alta e com a rede hospitalar regulada, em casos que demandem referência terciária ou transferência por superlotação.



Composição da equipe de profissionais:

- ✓ Médico (rotineiro ou reavaliador)
- ✓ Enfermeiro (responsável pela condução do cuidado e reavaliações clínicas com o médico)
- ✓ Técnicos de Enfermagem (monitoramento contínuo dos pacientes, administração de medicação, suporte)

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

- ✓ Psicólogo (presencial ou remoto) – acolhimento emocional e avaliação breve
- ✓ Farmacêutico / Auxiliar de Farmácia – fornecimento de medicação conforme prescrição.
- ✓ Assistente Social – encaminhamentos para retaguarda, CAPS, CRAS, entre outros

***Horário de funcionamento: 08hs00 as 18hs00, de segunda a sexta-feira, com horário de almoço.**

2.13.6 Sala de Medicação

Espaço estratégico na unidade de saúde, funcionando de forma articulada com os setores de acolhimento, consultórios médicos e de enfermagem, sala de emergência e observação. Seu funcionamento está voltado à administração segura e eficiente de medicamentos prescritos, sendo essencial para a execução de condutas clínicas e terapêuticas.

O fluxo de atendimento inicia-se com a prescrição médica, registrada eletronicamente ou em prontuário físico, a partir da avaliação clínica do paciente. Esta prescrição é recebida pela equipe de enfermagem, que realiza a leitura crítica da conduta médica, conferindo nome do paciente, medicação, dosagem, via de administração, horário e possíveis interações medicamentosas, o preparo das medicações é realizado em ambiente limpo, utilizando técnica asséptica e observando as normas de biossegurança. Os medicamentos injetáveis são preparados com rigor técnico, respeitando diluições, compatibilidades e orientações de tempo de infusão, especialmente em casos de antibióticos, analgésicos, antieméticos e outras classes terapêuticas com ação imediata.

À administração da medicação, de acordo com a via indicada (oral, intramuscular, subcutânea, endovenosa, tópica, entre outras). O paciente é posicionado adequadamente, identificado corretamente e orientado sobre o procedimento. Após a administração, a equipe realiza monitoramento clínico por tempo compatível com o tipo de medicação, observando possíveis reações adversas, alergias, efeitos colaterais e sinais de intolerância.

Durante todo o processo, é fundamental o registro em tempo real da administração no sistema de prontuário eletrônico, garantindo a rastreabilidade do cuidado, a comunicação entre profissionais e a segurança do paciente.

Além da administração, a equipe da sala de medicação é responsável pela gestão de insumos e medicamentos, organizando o estoque, controlando datas de validade, fazendo requisições regulares e descartando resíduos e materiais

perfurocortantes conforme normas da vigilância sanitária e da Comissão de Controle de Infecção.

Composição da equipe de profissionais:

- ✓ Enfermeiro(a): supervisiona e executa as ações de enfermagem, realiza a conferência das prescrições, administra medicamentos de alta complexidade, coordena o fluxo da sala e atua na prevenção de eventos adversos, .
- ✓ Técnico(a) de Enfermagem: prepara e administra os medicamentos de rotina, sob supervisão do enfermeiro, registra os procedimentos realizados e observa reações dos pacientes.
- ✓ Farmacêutico(a) (quando presente na unidade): auxilia na avaliação técnica das prescrições, interações medicamentosas, controle de estoque e suporte clínico à equipe.
- ✓ Médico(a): realiza as prescrições e permanece disponível para avaliação de intercorrências clínicas após a administração de medicamentos.
- ✓ Equipe de apoio (limpeza hospitalar, administrativo): contribui para a manutenção da organização, higiene do ambiente e apoio logístico no fornecimento de materiais.

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

2.13.7 Sala de Curativos e Procedimentos

Ambiente assistencial para pacientes com demandas de cuidados clínicos especializados, oferecendo suporte a condutas médicas e de enfermagem em diversas situações agudas e crônicas. Seu funcionamento é pautado em protocolos técnicos, normas de biossegurança e princípios de humanização do cuidado.

O atendimento na sala de curativos geralmente tem início a partir da triagem, atendimento médico ou de enfermagem. Após avaliação clínica, o paciente é direcionado com prescrição e/ou solicitação formal de procedimento, que pode incluir curativos simples, curativos especiais, retirada de pontos, drenagens, trocas de sondas, cuidados com cateteres, aspiração de vias aéreas, entre outros.

Ao chegar à sala, a equipe de enfermagem realiza a conferência da prescrição médica e da identificação do paciente, garantindo a segurança e a rastreabilidade da

assistência. Em seguida, prepara o material necessário conforme o tipo e a complexidade do procedimento, que pode incluir curativos simples ou complexos, retirada de pontos, troca de sondas vesicais ou nasogástricas, cateterismos, aspiração de vias aéreas e cuidados com ostomias.

A sala de curativos e procedimentos também está estruturada para permitir a realização de pequenas intervenções médicas, quando necessário, como drenagens, punções ou atendimentos que demandem maior controle técnico e assepsia. A presença de equipamentos adequados e o apoio de uma equipe treinada garantem que essas ações ocorram com segurança, respeitando os protocolos assistenciais e os princípios da humanização do cuidado.

Em seguida, procede-se à higienização das mãos, uso de EPIs e preparação do ambiente, com montagem dos materiais necessários e organização conforme os protocolos de assepsia. Durante o procedimento é executado rigorosamente as técnicas previstas, garantindo segurança ao paciente e evitando complicações e cuidados de biossegurança.

Após a conclusão, o paciente é orientado quanto aos cuidados domiciliares, sinais de alerta e necessidade de retorno. Em casos crônicos, são organizadas reavaliações periódicas, integradas ao seguimento clínico da unidade.

Toda a assistência realizada é registrada no prontuário, assegurando rastreabilidade e respaldo técnico. Além disso, os materiais utilizados são contabilizados, e os resíduos gerados são descartados conforme o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Enfermeiro(a): responsável pela avaliação das lesões, realização e supervisão dos procedimentos complexos, orientação da equipe técnica e elaboração de planos de cuidado individualizados.

✓ Técnico(a) de Enfermagem: executa curativos de menor complexidade e auxilia nos procedimentos sob supervisão do enfermeiro, contribuindo com a organização dos materiais e o acolhimento dos pacientes.

✓ Médico(a): quando necessário, realiza avaliação clínica, prescreve condutas específicas ou intervém em procedimentos invasivos e em casos de complicações.

✓ Equipe de apoio (higienização, recepção): contribui com a manutenção do ambiente seguro, acolhedor e funcional.

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

2.13.8 SADTs – Imagem

- **Setor De Raio-X**

Inserido na estrutura de apoio diagnóstico da unidade de saúde, é responsável pela realização de exames radiológicos que auxiliam na identificação e acompanhamento de condições clínicas agudas e crônicas. Trata-se de um serviço fundamental para o suporte à tomada de decisão médica em atendimentos de urgência, emergência e ambulatoriais, contribuindo significativamente para o diagnóstico precoce e o direcionamento terapêutico adequado.

O fluxo de atendimento inicia-se com a solicitação do exame por um profissional médico, registrada em sistema eletrônico ou formulário físico, com indicação clínica clara e justificativa. O paciente é então encaminhado ao setor de imagem, onde a equipe realiza a confirmação da identidade e da solicitação, seguindo todos os protocolos de segurança e biossegurança.

O técnico em radiologia acolhe o paciente, fornece as instruções necessárias e realiza o posicionamento adequado conforme o tipo de exame solicitado, seja de tórax, membros, coluna, abdome, entre outros. O procedimento é conduzido de forma técnica, com controle dos parâmetros radiológicos e atenção à exposição mínima necessária, conforme as diretrizes da vigilância sanitária e da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

No contexto do serviço de radiologia da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, são adotadas medidas rigorosas de proteção radiológica para garantir a segurança dos profissionais de saúde, pacientes e demais pessoas que transitam pela unidade. Os profissionais que atuam em áreas com risco de exposição à radiação ionizante, como técnicos em radiologia, médicos e auxiliares, utilizam dosímetros individuais, obrigatórios conforme a legislação vigente da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e da Anvisa. O dosímetro é de uso pessoal e intransferível, devendo ser fixado na altura do tórax, por cima do avental plumbífero, durante todo o período de trabalho. Após cada ciclo de monitoramento — normalmente mensal — os

dosímetros são recolhidos por empresa especializada, devidamente credenciada, que realiza a leitura das doses acumuladas e emite relatórios que devem ser arquivados pela unidade por no mínimo cinco anos.

O uso correto do dosímetro, aliado ao acompanhamento periódico dos níveis de exposição, permite o controle efetivo da dose ocupacional, sendo responsabilidade da gestão da unidade fornecer os dispositivos, garantir a troca regular e acompanhar os resultados. Sempre que os níveis registrados se aproximarem dos limites ocupacionais permitidos, medidas de investigação e correção devem ser imediatamente adotadas.

Quanto ao controle da radiação na estrutura física da sala de Raio-X, a unidade de saúde deve seguir parâmetros de segurança específicos. A sala deve estar com blindagem adequada nas paredes, portas, teto e visores, dimensionada conforme projeto técnico aprovado por profissional habilitado, garantindo contenção da radiação dentro do ambiente. O acesso à sala é restrito e devidamente sinalizado com o símbolo de radiação ionizante, sendo também instalada luz de advertência externa que indica quando o equipamento está em funcionamento.

Durante os exames, são utilizados equipamentos de proteção individual, como aventais plumbífero, protetores de tireoide e óculos de proteção, conforme os protocolos definidos no Plano de Proteção Radiológica (PPR) da unidade. O operador realiza os procedimentos protegido por barreiras fixas ou mantendo distância segura, de acordo com as orientações técnicas. Além disso, a unidade deve realizar controle de qualidade periódico dos equipamentos, com testes técnicos para verificar a eficiência da emissão, alinhamento e dose de radiação, bem como a constância dos parâmetros operacionais. Também são realizados monitoramentos ambientais, com uso de dosímetros de área, para verificar possíveis vazamentos ou excesso de exposição nos arredores da sala.

O uso de dosímetros é uma exigência normativa essencial para assegurar a proteção ocupacional dos trabalhadores expostos à radiação ionizante, em conformidade com as diretrizes da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e da ANVISA. O dosímetro individual é um dispositivo destinado à medição da dose de radiação acumulada por cada profissional durante suas atividades, sendo obrigatório

aos profissionais, como técnicos em radiologia e auxiliares que possam permanecer em zonas com potencial exposição.

O dosímetro deve ser individual, intransferível e utilizado corretamente durante toda a jornada de trabalho, fixado na altura do tórax, sobre o avental de chumbo. O controle da exposição é realizado por meio de monitoramento periódico mensalmente, por empresa especializada e credenciada pela CNEN. Cada dispositivo é identificado com o nome do profissional e o período correspondente de uso. Após esse ciclo, os dosímetros são recolhidos e substituídos, sendo os resultados das leituras registrados em relatórios de dosimetria, que devem ser devidamente arquivados pela unidade por um período mínimo de cinco anos, para fins de controle, fiscalização ou auditoria.

Todos os procedimentos relacionados à radioproteção estão descritos em plano específico e seguem as regulamentações da CNEN, da Anvisa e demais normas técnicas aplicáveis, garantindo que o serviço de imagem da UPA opere com segurança, qualidade e responsabilidade.

Durante todo o processo, são observadas normas rígidas de proteção radiológica, tanto para o paciente quanto para os profissionais, com o uso de equipamentos de proteção individual e coletiva, como aventais de chumbo protetores de tireoide, biombo plumbífero e sinalização adequada da sala.

Finalizada a captação das imagens, os arquivos são processados por meio de sistema digital (Radiologia Computadorizada ou Digital Direta), o que permite a armazenagem em PACS (sistema de arquivamento de imagens) e o acesso remoto para laudo médico, quando o serviço conta com radiologista local ou sistema de telerradiologia. Nos casos de urgência, a imagem pode ser visualizada imediatamente pelo médico solicitante, possibilitando conduta rápida e precisa.

O serviço de raio - X atua em estreita articulação com os setores assistenciais da unidade (consultórios, emergência, observação e internação), contribuindo para a resolução clínica eficaz, com foco na segurança do paciente, agilidade no diagnóstico e integração dos sistemas de informação em saúde.

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Técnico(a) em Radiologia: realiza a execução dos exames com domínio técnico e conhecimento em proteção radiológica. Atua diretamente com os pacientes e zela pela qualidade da imagem e segurança do procedimento.

✓ Enfermeiro(a) ou Técnico(a) de Enfermagem de Apoio: nos casos de pacientes acamados, pediátricos ou com necessidades especiais, auxilia no preparo, transporte e monitoramento durante o exame.

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

SALA DE ULTRASSONOGRAFIA

Embora a ultrassonografia (USS) não seja uma obrigatoriedade legal nas Unidades de Pronto Atendimento São Vicente, a presença de uma sala dedicada a esse exame representa um importante recurso complementar no processo de diagnóstico rápido, contribuindo para a resolutividade assistencial, a segurança clínica e a qualificação do cuidado prestado.

A sala de USS deve estar localizada em ambiente reservado, com boas condições de iluminação, climatização, conforto e segurança, garantindo a privacidade do paciente durante o exame. O espaço físico deve ser compatível com a instalação adequada do equipamento e permitir a circulação segura da equipe de saúde e do paciente, inclusive em maca, se necessário.

A solicitação da ultrassonografia deve ser realizada mediante justificativa clínica registrada em prontuário, sendo priorizados os casos que podem ter sua conduta modificada com base no resultado imediato do exame. O médico responsável realiza o exame e emite o laudo descritivo, que é integrado ao atendimento em curso.

É recomendável que a unidade mantenha registro dos exames realizados, com indicadores de utilização e impacto assistencial, podendo esse serviço ser avaliado periodicamente quanto à sua contribuição para a resolutividade da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente.

A adoção dessa prática, mesmo não obrigatória, representa um avanço significativo na integralidade do cuidado, fortalecendo a capacidade diagnóstica da unidade e reduzindo o número de encaminhamentos evitáveis.

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Médico Ultrassonografista: Responsável pela realização e interpretação dos exames.

✓ Profissional de Enfermagem (Enfermeiro ou Técnico): Responsável pelo preparo do paciente, auxílio durante o posicionamento, higienização da sala e dos equipamentos após os exames, e apoio na organização do fluxo de atendimento.

*** Fluxo e Horário de Funcionamento**

O horário de funcionamento da sala de USS deve ser organizado de acordo com a análise da demanda assistencial da unidade, priorizando os turnos com maior volume de atendimentos e estabelecendo estratégias para a realização de exames em situações de urgência/ emergência. A flexibilização da agenda para esses casos críticos é fundamental para garantir suporte diagnóstico rápido e seguro.

SALA DE ELETROCARDIOGRAMA

A sala destinada à realização de eletrocardiogramas (ECG) na Unidade de Pronto Atendimento são Vicente é uma estratégia essencial para a avaliação precoce de pacientes com sintomas sugestivos de acometimentos cardiológicos, respiratórios ou outras condições clínicas agudas. Essa estrutura representa uma boa prática assistencial que qualifica o cuidado, promove agilidade diagnóstica e integra tecnologias em saúde.

Durante visita técnica realizada na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, foi identificada a existência de dois equipamentos de eletrocardiograma, bem como a parceria vigente com o Hospital do Coração (HCor), por meio da qual os exames são laudados remotamente via telemedicina.

A sala de ECG está localizada em áreas estratégica, facilitando o fluxo para o acolhimento ou emergência, com fácil acesso, possui:

- Equipamento digital de ECG com conectividade.
- Computador com internet para envio dos traçados à plataforma do HCor.
- Impressora, maca e materiais de limpeza.
- Sistema de prontuário eletrônico ou manual para integração das informações.

O envio digital dos traçados ao Hospital do Coração (HCor) permite a emissão de laudos por especialistas de forma remota e ágil, qualificando o processo assistencial, sobretudo nos casos de urgência, como síndromes coronarianas agudas, arritmias ou eventos com risco iminente.

Essa solução tecnológica fortalece a resolutividade da unidade, reduz o tempo para início de terapias específicas e contribui com a segurança clínica dos pacientes.

O processo de implantação e consolidação da parceria entre a Unidade de Pronto Atendimento São Vicente e o Hospital do Coração (HCor), envolve a capacitação dos profissionais de saúde quanto à utilização do protocolo assistencial específico para os atendimentos cardiológicos e uso da plataforma de telemedicina do HCor. Essa capacitação é essencial para garantir a qualidade e a segurança no cuidado aos pacientes com queixas cardiovasculares, especialmente na identificação e condução de casos de dor torácica, arritmias e suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM).

Além da parte técnica, os profissionais devem ser treinados quanto aos fluxos operacionais de atendimento e tempos assistenciais, como porta-ECG, porta-laudo e porta-intervenção, promovendo maior agilidade e integração entre as equipes da UPA e os especialistas do HCor, destaca-se também a importância da comunicação eficiente entre os profissionais da assistência, da regulação e das unidades hospitalares de referência, visando uma resposta clínica segura e resolutiva. Resultados Esperados:

- Agilidade na tomada de decisão clínica.
- Redução de tempo porta-ECG e porta-tratamento.
- Integração da UPA à rede cardiovascular do SUS.
- Fortalecimento do cuidado centrado no paciente, com apoio diagnóstico em tempo oportuno.

Essa iniciativa contribui significativamente para o fortalecimento da linha de cuidado cardiovascular, aumenta a resolutividade da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente e promove a qualificação contínua dos profissionais, alinhada aos protocolos de excelência definidos pelo HCor e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro: Realiza o exame, prepara o paciente, posiciona corretamente os eletrodos e envia o traçado para análise remota.

✓ Médico da UPA: Solicita o exame e utiliza o laudo como apoio à conduta clínica.

✓ Equipe médica do HCor (Telemedicina): Responsável pela análise e emissão rápida do laudo, garantindo suporte diagnóstico qualificado.

Parceria com o HCor – Telemedicina

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

LABORATÓRIO CLÍNICO

Estratégico no apoio ao diagnóstico e monitoramento de condições de saúde, atuando como elo essencial na definição de condutas terapêuticas e na vigilância de agravos, assegurando maior resolutividade assistencial, contribuindo para a tomada de decisão baseada em evidências.

O fluxo de atendimento inicia-se com a solicitação médica dos exames laboratoriais, conforme avaliação clínica. Essa solicitação é registrada em sistema informatizado ou ficha manual, e encaminhada ao setor de coleta, onde o paciente é identificado e acolhido pela equipe de enfermagem ou técnica de laboratório.

A coleta de material biológico (sangue, urina, secreções ou swabs) segue protocolos rigorosos de biossegurança, higiene e identificação segura do paciente. A depender do exame, são observados critérios como jejum, horários específicos, transporte refrigerado e coleta em recipientes apropriados. A coleta pode ocorrer no próprio setor, à beira-leito (no caso de pacientes em observação ou leito), ou em áreas específicas da unidade.

Após a coleta, os materiais são encaminhados para o processamento interno (em laboratórios próprios) ou para envio a laboratórios de apoio, quando o modelo for terceirizado. Todo o transporte segue normas da Anvisa para acondicionamento, rotulagem e tempo máximo entre coleta e análise.

Os resultados são disponibilizados por meio de sistema informatizado de laudos (LIS – Laboratory Information System) ou via entrega física, com prioridade para exames de urgência, como hemograma, glicemia, função renal, eletrólitos, testes de gravidez, troponina, gasometria, PCR e outros que subsidiem a tomada de decisão imediata.

Todo o processo é registrado em prontuário, garantindo rastreabilidade e integração entre as equipes assistenciais e o serviço de diagnóstico. O setor também é responsável pela conservação e rastreabilidade de amostras, descarte seguro de resíduos e controle de qualidade interno e externo, conforme a legislação sanitária vigente.

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Biomédico(a) ou bioquímico(a): responsável técnico pelo laboratório, supervisiona a execução dos exames, validação de resultados e garantir o cumprimento das normas de qualidade.

✓ Técnico(a) de Laboratório: realiza coletas, prepara amostras, executa testes laboratoriais e atua no registro e conferência dos dados.

✓ Enfermeiro(a) e Técnico(a) de Enfermagem (em serviços integrados): realizam coleta de amostras, especialmente em pacientes acamados ou em unidades de observação.

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

2.13.9 Equipes Multiprofissionais

Farmácia

Responsável por garantir o acesso seguro, racional e qualificado aos medicamentos e insumos essenciais. Como serviço de apoio terapêutico, ela atua de forma integrada com os demais setores da unidade, apoiando a equipe clínica, fortalecendo a segurança do paciente e contribuindo diretamente para a efetividade das ações assistenciais.

O fluxo de trabalho da farmácia tem início com o recebimento da prescrição médica, que é avaliada quanto à legibilidade, validade, posologia, compatibilidade e padronização. A seguir, a equipe farmacêutica realiza a análise técnica da prescrição,

identificando possíveis interações medicamentosas, doses inadequadas, duplicidades terapêuticas ou incompatibilidades com o perfil do paciente.

Após validação, os medicamentos são separados, conferidos e dispensados conforme a via de administração e orientações prescritas. Em casos de pacientes em observação, a farmácia prepara kits individuais de medicamentos conforme a prescrição e protocolo de horários.

É a responsável pelo controle de estoque, com recebimento, conferência, armazenamento adequado e registro de entrada e saída de medicamentos e materiais médico-hospitalares. São observadas as condições ideais de temperatura, umidade e validade, com organização por sistema PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que sai) e controle de medicamentos sujeitos a controle especial, conforme a Portaria SVS/MS nº 344/1998 e RDC nº 471/2021 da Anvisa.

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Farmacêutico(a): responsável técnico pelo serviço, realiza análise clínica das prescrições, orientação a pacientes e profissionais, coordenação do estoque e cumprimento das normas sanitárias.

✓ Auxiliar ou Técnico(a) de Farmácia: executa a separação, conferência e dispensação dos medicamentos, organiza o estoque, realiza inventários e colabora na manutenção da rotina do setor.

✓ Equipe de apoio administrativo/ logístico: auxilia nos processos de requisição, recebimento e distribuição de insumos entre os setores da unidade.

Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.

Serviço Social

Atua como um componente essencial da equipe multiprofissional, promovendo o cuidado integral ao paciente e à sua rede de apoio, com foco na garantia de direitos, no acesso às políticas públicas e na mediação de demandas sociais e de saúde. Em unidades de urgência, emergência e atenção básica ampliada, o assistente social contribui diretamente para a efetividade das ações de acolhimento, regulação, alta responsável e articulação intersetorial.

A atuação do Serviço Social é transversal, integrando-se aos fluxos da classificação de risco, acolhimento, permanência e alta do paciente. Sua participação contribui para a humanização do atendimento, a redução das reinternações e o fortalecimento dos vínculos comunitários e familiares.

O atendimento do Serviço Social pode ser iniciado por demanda espontânea do usuário ou familiar, por encaminhamento da equipe de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos) ou por situações observadas diretamente pela própria profissional durante a rotina da unidade.

As principais atividades desenvolvidas incluem:

- Acolhimento e escuta qualificada de pacientes e familiares em situação de vulnerabilidade social, violação de direitos, abandono, violência doméstica, drogadição ou em sofrimento psíquico.
- Responsável pela gestão do SAU e a Ouvidoria vão além de um canal de reclamações, atraves de pesquisa de satisfação, coletam dados sobre os serviços prestados, identificam pontos críticos e encaminham as manifestações aos setores responsáveis, assegurando devolutiva aos usuários e promovendo ações corretivas e preventivas para um atendimento mais humanizado e resolutivo.
- Avaliação socioeconômica e familiar, com levantamento de dados relevantes para o plano de cuidado e articulação com a rede de proteção social.
- Atuação em casos de alta complexidade social, como pessoas em situação de rua, migrantes, vítimas de violência, crianças e idosos em risco, pacientes sem retaguarda familiar, entre outros.
- Intervenção em situações de alta hospitalar ou alta da observação médica, garantindo a alta responsável, com encaminhamentos para serviços de referência e continuidade do cuidado.
- Articulação com a rede de serviços sociais e de saúde, como CRAS, CREAS, Conselhos Tutelares, Defensoria Pública, Ministério Público, unidades da RAS (atenção básica, CAPS, abrigos, casas de passagem).
- Acompanhamento de pacientes com necessidades especiais ou crônicas, para assegurar acesso a benefícios sociais, medicamentos de alto custo, transporte sanitário, órteses e próteses.

- Participação em comissões e reuniões de equipe, contribuindo com a análise ética, social e institucional das práticas assistenciais.
- Registro das ações em prontuário e sistema de informação, com descrição objetiva das intervenções, encaminhamentos e evolução social.

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Assistente Social (nível superior): profissional habilitado, com inscrição no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), responsável por realizar as intervenções técnicas, articular a rede intersetorial, elaborar relatórios sociais, pareceres e encaminhamentos formais.

Horário de funcionamento: 08hs00 as 18hs00, todos os dias da semana, com horário de almoço.

Psicologia

Sua atividade está focada em promover a atenção integral à saúde mental e ao sofrimento psíquico, contribuindo para o cuidado humanizado, a escuta qualificada e o fortalecimento dos vínculos terapêuticos e sociais dos usuários. Sua atuação é transversal às ações clínicas e sociais, sendo indispensável tanto nos contextos de urgência e emergência quanto na atenção continuada, com foco na subjetividade, no sofrimento emocional e na promoção do cuidado psicossocial.

O fluxo de atendimento psicológico pode ser iniciado por encaminhamento da equipe multiprofissional, diante de quadros de sofrimento psíquico agudo, crises emocionais, ideação suicida, situações de luto, violência ou internação prolongada; busca ativa pelo psicólogo, durante visitas às unidades de observação, acolhimento ou enfermarias e ou demanda espontânea de pacientes ou familiares.

O processo de trabalho inicia-se com a acolhida e escuta qualificada, utilizando abordagens baseadas na escuta ativa e na compreensão do sofrimento na sua dimensão biopsicossocial. Em seguida, o profissional pode realizar intervenções pontuais ou breves, voltadas à estabilização emocional, apoio diante de diagnósticos difíceis, manejo de crises e orientação psicossocial. Apoio matricial à equipe de saúde,

promovendo discussões de caso, escuta dos profissionais e cuidado à saúde mental dos trabalhadores (quando previsto no modelo da unidade).

A equipe de psicologia pode variar conforme o porte da unidade, sendo composta por:

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Psicólogo(a) Clínico-Assistencial: com formação superior e registro no CRP, atua diretamente com pacientes, familiares e equipe. Pode ter especialização em saúde mental, hospitalar ou atenção psicossocial.

Horário de funcionamento: 08hs00 as 18hs00, de segunda a sexta-feira, com horário de almoço.

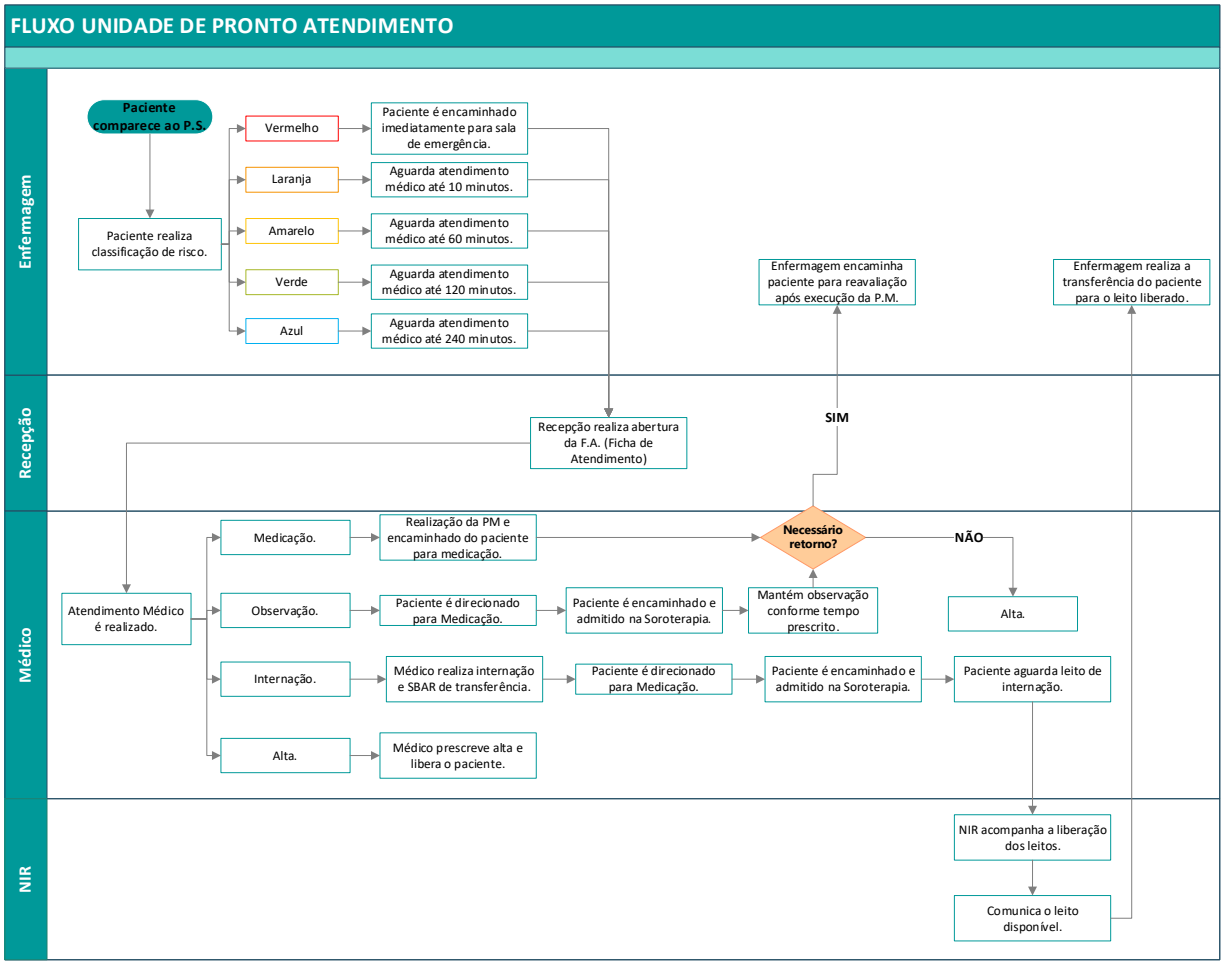
2.13.10 Centro Cirúrgico, UTI e Unidade de Internação (Enfermaria)

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) possuem um perfil assistencial voltado exclusivamente ao atendimento de urgências e emergências de complexidade intermediária, com foco na estabilização clínica dos pacientes e na definição de condutas para posterior alta ou encaminhamento à rede hospitalar. Nesse sentido, é importante esclarecer que estruturas como Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Internação (Enfermaria) não integram o escopo de funcionamento das UPAs.

Esses serviços são de competência dos hospitais, onde são disponibilizados recursos tecnológicos e equipes especializadas para a realização de procedimentos cirúrgicos, cuidados intensivos e internações prolongadas. As UPAs atuam como porta de entrada para casos agudos, oferecendo suporte diagnóstico, atendimento médico imediato e observação por período limitado, conforme os protocolos do Ministério da Saúde.

Portanto, a ausência de Centro Cirúrgico, UTI e Enfermaria em UPAs não representa uma deficiência estrutural, mas sim uma característica inerente ao seu modelo organizacional, que prioriza a resolutividade rápida, o fluxo assistencial ágil e a integração com a rede hospitalar para continuidade do cuidado quando necessário.

FLUXO DE ATENDIMENTO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



*Fluxo poderá ser adaptado de acordo com a realidade local.

2.14 RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, APONTANDO, POR CATEGORIA, A QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS E A CARGA HORÁRIA DE TRABALHO, POR PERFIL DE PROFISSIONAL. NESTE TÓPICO, SOLICITA-SE UM QUADRO RESUMO DO PERFIL DE TODOS OS PROFISSIONAIS QUE IRÃO TRABALHAR NA UNIDADE, QUE ESTEJAM OU NÃO CONTRATADOS, E COM A EXPRESSÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL DISTRIBUÍDA PELOS DIAS DA SEMANA E COM O ENUNCIADO DO HORÁRIO DE TRABALHO.

SETOR	CATEGORIA	QDD	CHS	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO	PERFIL PROFISSIONAL
ADM	Gerente Administrativo	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Garantir as condições necessárias para a excelência na assistência médica, promovendo a continuidade do plano terapêutico. Estabelecer, implementar e disseminar protocolos técnicos, éticos e administrativos, além de definir estratégias eficazes. Prestar atendimento aos pacientes da Unidade de Saúde em situações especiais. Organizar e assegurar o cumprimento da escala de serviços médicos. Monitorar continuamente os dados estatísticos, clínicos e os planos terapêuticos dos pacientes, intervindo sempre que necessário. Definir critérios clínicos claros para admissão e alta na unidade de saúde. Assegurar o funcionamento pleno das Comissões de Ética Médica. Representar a Instituição junto às autoridades sanitárias e demais órgãos competentes. Identificar e realizar visitas técnicas aos melhores benchmarks disponíveis no mercado. Desenvolver e engajar líderes médicos, promovendo o crescimento de suas equipes.

ADM	Gerente Assistencial	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Responsável por coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem, garantindo a qualidade do atendimento aos pacientes e o cumprimento das normas da instituição; Coordenar as atividades da equipe de enfermagem, assegurando a eficiência e qualidade do cuidado; Planejar e avaliar os serviços de enfermagem, visando à melhoria contínua dos processos; Gerenciar recursos humanos e materiais, controlando escalas de trabalho e distribuição de tarefas; Monitorar indicadores de desempenho da equipe e implementar ações corretivas quando necessário; Garantir o cumprimento de normas, protocolos de enfermagem e regulamentações legais de saúde; Desenvolver e implementar programas de treinamento e atualização contínua para a equipe de enfermagem; Colaborar com outras áreas da instituição para otimizar o fluxo de trabalho e a assistência ao paciente; Realizar o controle de custos e orçamentos relacionados a materiais e insumos de enfermagem; Avaliar a qualidade dos serviços por meio de auditorias e relatórios, buscando identificar oportunidades de melhoria; Assegurar a comunicação eficaz entre a equipe de enfermagem, médicos e demais profissionais de saúde.

P.S.	Enfermeiro Assistencial	24	36	Escala de Plantão Diurno e Noturno	07hs as 19hs/ 19hs as 07hs	Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem, oferecendo assistência aos técnicos da área e garantindo a correta execução das rotinas. Realizar procedimentos de maior complexidade, além de atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento ao paciente, assegurando a qualidade e eficiência. Controlar e analisar os indicadores da área, tomando as ações necessárias para a melhoria contínua. Executar as normas técnicas e rotinas assistenciais estabelecidas, mantendo os padrões de cuidado e segurança. Gerenciar e controlar os medicamentos da Unidade, garantindo a correta distribuição e armazenamento. Realizar orientações de alta aos pacientes, fornecendo todas as informações necessárias sobre o cuidado. Distribuir os pacientes conforme o grau de dependência e as atividades da equipe, otimizando os recursos e assegurando o atendimento adequado. Ministrar treinamentos à equipe sempre que necessário, promovendo a atualização e capacitação contínua. Manter o controle das salas, equipamentos e leitos disponíveis, assegurando que estejam em condições adequadas para o atendimento. Avaliar regularmente o desempenho individual e coletivo das equipes, promovendo melhorias no atendimento e na qualidade dos serviços prestados.

P.S.	Técnico de Enfermagem	43	36	Escala de Plantão Diurno e Noturno)	07hs a s19hs/ 19hs as 07hs	Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes; Realizar as anotações de enfermagem em prontuário, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento; Elaborar as estatísticas básicas, pertinente ao setor; Manter organização do setor e murais de controle de infecção relacionadas assistência de saúde; Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável; Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção da unidade de saúde; Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais; Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades exercidas.
Eq. Multi	Psicólogo	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Responsável pelo acolhimento e suporte emocional de pacientes, familiares e da equipe de saúde, contribuindo para o cuidado integral, conforme os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Suas atribuições envolvem o atendimento emergencial em situações de crise psíquica, sofrimento agudo, tentativas de suicídio, perdas, luto ou outras demandas que exijam escuta qualificada e intervenção psicológica imediata

Eq. Multi	Assistente Social	3	36	Escala de Plantão Diurno	07hs as 19hs	Apoiar aos setores de recepção, internação e enfermagem nos horários de visitação e os visitantes autorizados a ingressar na Unidade, conforme o direito de cada paciente e as normas da instituição; Padronizar e elaborar o manual de procedimentos da área de Serviço Social, assegurando a uniformidade das práticas profissionais; Prestar atendimento periódico aos pacientes, realizando anamnese social com vistas à identificação de demandas socioassistenciais, familiares e institucionais; Acompanhar ligações telefônicas dos pacientes a familiares e amigos, sempre mediante autorização médica, garantindo segurança e confidencialidade; Participar das reuniões clínicas diárias com a equipe multiprofissional, compartilhando informações relevantes sobre a situação social dos pacientes e suas necessidades; Desenvolver atividades grupais com os pacientes, com foco na promoção do bem-estar, da socialização e da reintegração ao convívio social; Solicitar aos familiares pertences pessoais dos pacientes, conforme necessidade identificada pela equipe; Aplicar pesquisas de satisfação junto aos pacientes e/ou familiares, visando identificar oportunidades de melhoria na qualidade do atendimento prestado; Elaborar relatórios técnicos e descritivos das atividades desenvolvidas, assegurando o registro adequado das intervenções e dos encaminhamentos realizados.
Eq. Multi	Nutricionista RT	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Ser Responsável Técnica pelo SND; Supervisionar e garantir a qualidade dos serviços de nutrição, conforme as normas sanitárias e regulatórias; Coordenar as atividades de planejamento e preparo de dietas; Acompanhar a equipe de nutrição, garantindo a execução correta dos procedimentos; Elaborar e revisar cardápios e planos dietéticos conforme as necessidades dos pacientes; Realizar a gestão de

						estoques e controle de fornecedores de alimentos; Assessoraria e orientação nutricional aos demais profissionais da saúde.
Eq. Multi	Farmacêutico RT	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Ser o Responsável Técnico do Serviço de Farmácia; Responsabilizar-se por todas as ocorrências de ordem técnica e legal no âmbito da Farmácia; Assessorar equipes de enfermagem e médica, na utilização correta do acervo profilático e terapêutico; Controlar e conferir a entrada e saída dos medicamentos e materiais estocados no setor; Garantir o uso racional de medicamentos; Acompanhar o controle das prescrições de antibióticos e sua padronização; Analisar as prescrições médicas levando em consideração os seguintes parâmetros: interações medicamentosas, altas dosagens, cumprimento de protocolos de uso restrito; Analisar o fracionamento e etiquetagem dos medicamentos sólidos orais; Garantir o suprimento de todos os medicamentos necessários à assistência dos pacientes; Realizar outras tarefas correlatas.
Eq. Multi	Farmacêutico	5	36	Escala de Plantão Diurno	07hs as 19hs/ 19hs as 07hs	Responsabilizar-se por todas as ocorrências de ordem técnica e legal no âmbito da Farmácia; Assessorar equipes de enfermagem e médica, na utilização correta do acervo profilático e terapêutico; Controlar e conferir a entrada e saída dos medicamentos e materiais estocados no setor; Garantir o uso racional de medicamentos; Acompanhar o controle das prescrições de antibióticos e sua padronização; Analisar as prescrições médicas levando em consideração os seguintes parâmetros: interações medicamentosas, altas dosagens,

						cumprimento de protocolos de uso restrito; Analisar o fracionamento e etiquetagem dos medicamentos sólidos orais; Garantir o suprimento de todos os medicamentos necessários à assistência dos pacientes; Realizar outras tarefas correlatas.
Apoio	Auxiliar de Farmácia	6	36	Escala de Plantão Diurno e Noturno	07hs as 19hs/ 19hs as 07hs	Receber, conferir, armazenar e organizar medicamentos e materiais médico-hospitalares, seguindo critérios técnicos e normas de segurança; Controlar prazos de validade e condições de armazenamento dos produtos, promovendo o correto acondicionamento e a rastreabilidade; Separar e dispensar medicamentos e materiais conforme prescrições e solicitações, garantindo agilidade e exatidão nos processos de distribuição; Auxiliar na manutenção dos estoques, realizando inventários periódicos, controle de entrada e saída e conferência de saldos; Preencher e atualizar registros e planilhas de controle interno, conforme os procedimentos operacionais padrão da farmácia; Zelar pela organização e limpeza do ambiente de trabalho, observando normas sanitárias e boas práticas de armazenamento; Atender unidades assistenciais e colaboradores, esclarecendo dúvidas básicas relacionadas à entrega ou disponibilidade de medicamentos e materiais; Reportar ocorrências, não conformidades e necessidades do setor à chefia imediata ou ao farmacêutico responsável; Auxiliar nos processos de devolução, troca ou descarte de medicamentos, respeitando normas legais e ambientais.

Apoio	Auxiliar de Almoxarifado	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Receber e conferir os produtos recebidos, garantindo que estejam de acordo com as especificações e quantidades solicitadas. Armazenar e realocar os produtos em locais adequados, assegurando a organização e fácil acesso aos itens. Monitorar e controlar o abastecimento de produtos, realizando reposições conforme necessário para evitar faltas no estoque. Auxiliar na preparação de inventários, colaborando para garantir a precisão dos registros. Emitir notas fiscais de entrada e saída de produtos, conforme as normas estabelecidas. Reportar ao superior imediato informações relevantes sobre o status do estoque, incluindo necessidades de reposição e movimentação de itens. Executar outras atividades correlatas à área de estoque, conforme orientação da supervisão.
Apoio	Técnico em Radiologia	8	24	Escala de Plantão Diurno e Noturno	Executando 04 horas de trabalho ao dia.	Acomodar o paciente no equipamento, repassar informações do processo de acordo com o tipo de exame que será realizado; Proceder os exames dentro da melhor técnica e prover segurança para si e para os Usuários; Operar os aparelhos dentro das técnicas indicadas para cada caso; Realizar todos os exames solicitados tanto dos usuários internados quanto dos usuários externos; Zelar para que os equipamentos disponíveis sejam utilizados adequadamente, bem como manter manutenção preventiva e corretiva dos mesmos; Realizar os exames dando prioridade a faixa etária mais elevada; Processar a imagem no dispositivo e enviar para o sistema de arquivamento e Comunicação de imagens; Realizar outras tarefas correlatas.

Apoio	Analista de Ouvidoria	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Recepcionar usuários da instituição, oferecendo atendimento cordial e humanizado, contribuindo para uma experiência positiva no ambiente da unidade de saúde; Fornecer informações claras e objetivas sobre localização de setores, horários de visita, normas institucionais e fluxos de atendimento; Encaminhar pacientes e acompanhantes aos setores corretos, assegurando fluidez e organização no fluxo interno; Apoiar o preenchimento de formulários, cadastros e documentos, sempre que necessário, com atenção à legibilidade e exatidão das informações; Auxiliar usuários com mobilidade reduzida ou em situação de vulnerabilidade, garantindo acolhimento adequado e encaminhamento seguro; Registrar e comunicar ocorrências relevantes ao setor responsável, zelando pela segurança, conforto e integridade dos usuários; Colaborar com os setores assistenciais e administrativos, atuando como elo entre usuários e serviços da instituição; Manter-se atualizado(a) quanto aos protocolos internos de atendimento, normas de conduta e orientações da coordenação; Executar outras atividades correlatas à função, conforme demanda do setor e orientação da chefia imediata.
Eq. Multi	Enfermeiro SCIRAS/ NVE	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Monitorar e investigar infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS); Realizar vigilância epidemiológica e controle de surtos; Promover treinamentos sobre precauções e práticas seguras; Elaborar e revisar protocolos de prevenção e controle de infecção; Participar da Comissão de Controle de Infecção Relacionada Assistência Saúde (CCIEAS); Notificar e investigar casos de doenças e agravos de notificação compulsória, conforme diretrizes do Ministério da Saúde; Realizar vigilância de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), surtos e eventos adversos de interesse epidemiológico; Emitir boletins e relatórios

						epidemiológicos, apoiando a tomada de decisão clínica e institucional. Manter atualizados os registros em sistemas oficiais, como SINAN, SIVEP-Gripe, e-SUS Notifica, entre outros.
Eq. Multi	Enfermeiro da Qualidade/ NEP	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Responsável por liderar e gerenciar as ações de qualidade, segurança do paciente e NEP; Habilidade para motivar e guiar equipes, garantindo o alinhamento aos objetivos da instituição; Facilitar a troca de informações entre as equipes, assegurando que todos os processos sejam compreendidos e seguidos corretamente; Tomar decisões rápidas e assertivas para garantir a segurança dos pacientes e a eficiência dos processos; Conhecimento em gerenciamento de equipes, promovendo o desenvolvimento contínuo dos profissionais, Acompanhar, analisar e melhorar os processos relacionados à qualidade e segurança, com foco nos indicadores de desempenho; Manter a ética profissional e agir proativamente para resolver problemas e implementar melhorias contínuas no ambiente da unidade de saúde.
Eq. Multi	Assistente Administrativo/ qualidade e NEP	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Auxiliar nos processos administrativos do NEP e Qualidade, garantindo a atualização constante dos sistemas institucionais e planilhas de controle de leitos; Prestar apoio à equipe do NEP e Qualidade, colaborando com a coleta e inserção de dados nos sistemas; Atualizar painéis, mapas operacionais, assegurando a divulgação das informações relativas as unidade; Organizar e controlar os documentos pertinentes; Realizar contato com unidades assistenciais e setores administrativos, garantindo agilidade na tramitação de informações regulatórias; Elaborar e manter atualizados os registros de produtividade do setor, colaborando com a mensuração de indicadores de desempenho; Fornecer suporte logístico e documental para as reuniões e decisões da equipe , mantendo a

						organização das atas, comunicados e memorandos; Zelar pela confidencialidade das informações dos pacientes e pela integridade dos dados inseridos nos sistemas; Executar outras atividades compatíveis com a função e com as necessidades do setor, conforme demanda e orientação da supervisão.
Eq. Multi	Enfermeiro Supervisor/ NIR	4	36	Escala de Plantão Diurno e Noturno	07hs as 19hs/ 19hs as 07hs	Responsável por coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem, gerenciamento do NIR, controle de vaga; Responsável pela organização da regulação interna e externa dos pacientes; garantindo agilidade, qualidade e segurança no atendimento e remoção dos paciente; Supervisionar e orientar a equipe de enfermagem no cumprimento das normas e protocolos; Garantir a qualidade do atendimento e a satisfação dos pacientes; Controlar escalas de trabalho e realizar treinamentos periódicos para a equipe; Monitorar indicadores de desempenho e implementar melhorias; Gerenciar recursos materiais e humanos, assegurando o uso eficiente; Manter comunicação eficaz com outras equipes de saúde; Realizar auditorias e acompanhar a execução dos cuidados de enfermagem.
ADM	Analista contábil financeiro	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Responsável por planejar, executar, controlar e avaliar as atividades contábeis e financeiras da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, garantindo a conformidade legal, a eficiência na aplicação dos recursos públicos e a transparência da gestão econômico-financeira. Atua de forma integrada com a administração da unidade e com a Organização Social gestora, promovendo uma gestão fiscal responsável, orientada por dados e alinhada às diretrizes

ADM	Analista de RH/ DP	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Conduzir todas as etapas dos processos seletivos, incluindo entrevistas coletivas e individuais, testes, provas técnicas e outros procedimentos necessários para a seleção de candidatos. Aplicar, corrigir testes e elaborar pareceres detalhados sobre os resultados. Realizar atualizações e acompanhamentos de indicadores e controles da área, garantindo a precisão e o acompanhamento das métricas. Programar e conduzir a integração de novos colaboradores, assegurando uma adaptação eficaz à cultura organizacional. Controlar os prazos de contratos de estágio e aprendizagem, realizando acompanhamento junto aos gestores para garantir o cumprimento das condições estabelecidas. Acompanhar o vencimento dos períodos de experiência dos profissionais, tomando as providências necessárias, incluindo a reabertura de vagas quando aplicável. Desenvolver e implementar ações de treinamento, pesquisa de clima organizacional, avaliação de desempenho e outras iniciativas de desenvolvimento de colaboradores. Apoiar os gestores na definição do perfil para vagas abertas, assegurando que os requisitos atendam às necessidades do setor.
ADM	Faturista	2	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Analisar e conferir os dados estatísticos apurados pela equipe, garantindo a precisão e consistência das informações. Elaborar relatórios estatísticos detalhados sobre os serviços prestados pela unidade, fornecendo insights para a tomada de decisões. Desenvolver indicadores de desempenho dos processos e analisar os resultados obtidos, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria e otimização dos serviços. Supervisionar a conservação de prontuários e documentos, assegurando a integridade e o correto arquivamento conforme as normas regulatórias e internas. Estabelecer, elaborar e monitorar os procedimentos e rotinas da

						equipe sob sua responsabilidade, utilizando ferramentas de gestão instituídas na unidade, garantindo a eficiência e conformidade das operações. Realizar a análise contínua dos processos, visando a melhoria constante da qualidade e desempenho da equipe.
ADM	Analista de TI	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Responsável pelas atividades de TI, garantindo o bom funcionamento dos sistemas e infraestrutura tecnológica da empresa; Supervisionar a manutenção e atualização de sistemas e softwares, garantindo a segurança e a eficiência das operações diárias; Planejar e implementar projetos de TI, alinhando as soluções tecnológicas às necessidades estratégicas da organização; Gerenciar a segurança da informação, implementando e monitorando políticas e ferramentas de proteção de dados e infraestrutura contra ameaças cibernéticas; Analisar e otimizar os processos de TI, visando a melhoria contínua da performance, redução de custos e aumento da produtividade; Fornecer suporte técnico para as equipes internas, solucionando problemas e oferecendo treinamentos conforme necessário; Elaborar relatórios gerenciais e indicadores de desempenho, avaliando a eficácia da área de TI e propondo melhorias; Manter-se atualizado sobre tendências tecnológicas, implementando novas soluções e inovações que tragam benefícios para a organização.
ADM	Encarregado de Facilitis	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Supervisionar a equipe de administrativa e de apoio, garantindo a qualidade no atendimento ao cliente; monitorar e otimizar os processos de sua área de atuação, solucionando problemas e impedindo falhas; realizar treinamentos e orientações constantes para a equipe; analisar indicadores de desempenho e propor melhorias; atender e resolver demandas de maior complexidade; elaborar relatórios sobre a performance das equipes.

Apoio	Auxiliar de Higiene - interno	9	36	Escala de Plantão Diurno e Noturno	07hs as 19hs/ 19hs as 07hs	Realizar a limpeza e conservação de ambientes internos e externos, garantindo a higienização adequada das dependências da instituição. Organizar e manter limpos os banheiros, corredores, salas, áreas comuns e outros espaços de uso coletivo. Efetuar a lavagem e desinfecção de pisos, vidros, móveis e superfícies, utilizando os produtos e materiais adequados. Zelar pela reposição de itens de consumo (como papel higiênico, sabonetes, toalhas, entre outros) nas áreas de uso comum. Realizar a coleta e descarte adequado de resíduos, respeitando as normas de segurança e higiene. Manter em ordem os materiais e equipamentos utilizados, fazendo a solicitação de reposição quando necessário. Cumprir as rotinas de limpeza de acordo com as orientações e normas internas da instituição.
Apoio	Auxiliar de Serviços Gerais - Manutenção	3	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Auxiliar na execução de serviços de manutenção preventiva e corretiva nas áreas de pintura, alvenaria e encanamento, conforme demanda do setor; Realizar pequenos reparos e ajustes em instalações prediais, como consertos de portas, janelas, pisos, paredes e mobiliários; Apoiar na identificação de falhas e necessidades de reparos, comunicando prontamente à equipe responsável; Manter a organização, conservação e controle das ferramentas, materiais e equipamentos utilizados nas atividades; Auxiliar no controle do consumo de materiais e na solicitação de reposição, quando necessário; Seguir normas de segurança do trabalho, uso de EPIs e procedimentos técnicos durante a execução das tarefas; Apoiar na preparação de superfícies, demolições leves, mistura de materiais, instalação de suportes, entre outras atividades básicas; Zelar pela limpeza e conservação das áreas de trabalho e locais onde as manutenções são realizadas.

Apoio	Eletricista	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Auxiliar na execução de serviços de manutenção preventiva e corretiva elétricas; Apoiar na identificação de falhas e necessidades de reparos, comunicando prontamente à equipe responsável; Manter a organização, conservação e controle das ferramentas, materiais e equipamentos utilizados nas atividades; Auxiliar no controle do consumo de materiais e na solicitação de reposição, quando necessário; Seguir normas de segurança do trabalho, uso de EPIs e procedimentos técnicos durante a execução das tarefas; Apoiar na preparação de superfícies instalação de suportes, entre outras atividades básicas; Zelar pela limpeza e conservação das áreas de trabalho e locais onde as manutenções são realizadas.
ADM	Assistente Administrativo	2	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Prestar suporte às atividades administrativas do setor, colaborando com a execução das rotinas operacionais. Revisar documentos da área, providenciando assinaturas sempre que necessário. Organizar arquivos e documentos físicos e digitais, assegurando sua correta armazenagem e rastreabilidade. Receber, entregar, levar e buscar documentos, realizando os devidos registros conforme os procedimentos internos. Preencher corretamente planilhas de controle e atualizar informações da área conforme orientações da chefia. Digitar textos, relatórios e planilhas quando requisitado. Manter atualizados os registros e sistemas de controle específicos da área. Fornecer informações sobre os processos administrativos quando solicitado.

ADM	Recepcionista	8	36	Escala de Plantão Diurno	07hs as 19hs/ 19hs as 07hs	Recepcionar os visitantes, clientes, fornecedores pacientes e demais pessoas, os encaminhando de forma correta ao setor envolvido; Realizar agendamentos e esclarecer dúvidas; Realizar o controle dos malotes e correspondências organizá-los e distribui-los para os destinatários; Preencher corretamente as planilhas para controle de correspondência; Manter atualizada a planilha e o caderno de protocolo; Atender e filtrar ligações com direcionamento; Manter uma lista atualizada com os ramais úteis, telefones de emergência; Solicitar autorizações; Controlar e fechar relatórios; Requisitar materiais de expediente e insumos para o setor; Organizar e conferir fichas de atendimentos; Executar outras tarefas correlatas à área.
ADM	Analista de Patrimônio	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Realizar o tombamento e a codificação de bens patrimoniais; manter atualizados os registros físicos e eletrônicos dos bens sob responsabilidade da unidade; promover e acompanhar a movimentação interna e externa de equipamentos, mobiliários e outros itens; planejar e executar inventários periódicos, analisando inconsistências e propondo correções; além de elaborar relatórios de controle patrimonial e auxiliar nos processos de prestação de contas.

Apoio	Controlador de Acesso	6	36	Escala de Plantão Diurno	07hs as 19hs/ 19hs as 07hs	Controlar o acesso dos usuários à Instituição, assegurando a identificação adequada por meio de conferência e orientação quanto ao uso do crachá. Permitir a entrada somente após a verificação da identidade. Fiscalizar o acesso de veículos às dependências, abordando obrigatoriamente usuários, visitantes e fornecedores. Indicar aos visitantes e usuários a localização da Recepção Principal. Observar movimentações e ruídos anormais, acionando o alarme sempre que necessário. Zelar pelo material sob sua responsabilidade, mantendo o controle e conservação dos mesmos. Assegurar a ordem e organização do posto de trabalho. Estabelecer contato com os responsáveis quando houver chegada de fornecedores ou prestadores de serviços. Impedir a saída de materiais sem a devida autorização formal. Manter atualizada a lista de ramais da instituição. Observar atentamente o fluxo de pessoas e materiais, intervindo sempre que necessário para garantir a segurança e o bom funcionamento do local.
SESMT	Técnico de Segurança do Trabalho	1	40	2ª A 6ª Feira	08hs as 18hs	Responsável por identificar, avaliar e controlar os riscos ambientais e ocupacionais na UPA 24h, promovendo ações de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Realiza inspeções de rotina, investiga incidentes, orienta os colaboradores quanto às normas de segurança e uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Participa da elaboração e implementação de programas como o PPRA/PGR, PCMSO e LTCAT. Atua em conformidade com a legislação vigente (especialmente NR-32), promovendo treinamentos, campanhas educativas e garantindo um ambiente de trabalho seguro, saudável e em conformidade com os padrões técnicos e legais.

ADM	Jovem Aprendiz	2	20	2ª A 6ª Feira -	Período Manhã: 08hs as 12hs ou Tarde: 1hs as 17hs	Sua principais atribuições auxiliar nas atividades administrativas e de apoio ao funcionamento da unidade, realizando atendimento ao público e orientando sobre procedimentos básicos e encaminhamentos. Também é responsável por colaborar na organização e arquivamento de documentos, além de contribuir para a manutenção da limpeza e organização dos ambientes. Auxilia no controle e distribuição de materiais de escritório e higiene, participando ativamente dos treinamentos e capacitações oferecidos pela unidade. Durante suas atividades, deve seguir rigorosamente as normas internas de segurança, higiene e conduta, garantindo um ambiente de trabalho seguro e eficiente.
ADM	Motorista Ambulância	6	36		07hs as 19hs/ 19hs as 07hs	Conduzir ambulâncias em atendimentos de remoção externa de SBV, garantindo rapidez e segurança no transporte de pacientes e equipes; Prestar suporte à equipe de saúde no atendimento, auxiliando em procedimentos básicos quando necessário; Zelar pelas condições de uso e segurança do veículo, realizando inspeções diárias e solicitando manutenções preventivas ou corretivas; Auxiliar na remoção e imobilização de vítimas, conforme protocolos de atendimento; Manter a ambulância limpa, abastecida e equipada, garantindo disponibilidade imediata para atendimento; Cumprir os protocolos operacionais e de biossegurança, respeitando normas de trânsito e ética profissional.

**Legenda: QDD - Quantidade, CHS – Carga Horária Semanal, ADM – Administrativo, Eq. Multi – Equipe Multiprofissional.*

Apresenta-se a seguir a relação de profissionais cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) para atuação na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, conforme os quantitativos especificados no Edital de Chamamento. Esses profissionais contribuem de forma significativa para a operacionalização e qualificação

dos atendimentos ofertados à população, atuando em áreas estratégicas como assistência, administração e apoio. Essa composição fortalece a articulação entre os entes federativos e viabiliza um modelo de gestão compartilhada voltado aos serviços de urgência e emergência.

Conforme estabelecido no edital e no Contrato de Gestão, os três primeiros meses da nova gestão configuram-se como um período de avaliação técnica da força de trabalho disponível, incluindo os servidores estaduais passíveis de cessão à Organização Social Saúde (OSS). Durante esse intervalo, a Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) deve verificar a compatibilidade desses profissionais com o modelo assistencial e gerencial adotado, analisando critérios como desempenho, aderência às rotinas institucionais, competências técnicas e perfil comportamental.

Dessa forma, no processo de dimensionamento de pessoal realizado pela Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), os profissionais eventualmente cedidos pela Secretaria Estadual Saúde de Sergipe (SES/ SE) não foram incluídos como parte do quadro efetivo, uma vez que a cessão não ocorre de forma automática ou garantida. Ela está condicionada à análise técnica da entidade gestora, que decidirá, com base em critérios objetivos, sobre a permanência ou não desses servidores na nova estrutura operacional. Se constatada a incompatibilidade, a Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) poderá recusar a cessão mediante justificativa técnica, cabendo à Secretaria Estadual Saúde de Sergipe (SES/ SE) definir a nova lotação do servidor dentro da rede estadual.

Ressalta-se, ainda, que a cessão também depende da concordância do próprio servidor. O profissional público possui o direito de recusar a transferência para uma unidade sob gestão de Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), o que evidencia o caráter facultativo dessa incorporação ao corpo funcional da Unidade Pronto Atendimento São Vicente.

Além disso, é importante considerar que a cessão também depende da anuência do próprio servidor. O profissional público tem a prerrogativa de não aceitar integrar a equipe sob gestão da Organização Social, o que reforça ainda mais o caráter não obrigatório dessa incorporação ao quadro funcional da unidade sob nova gestão.

CARGO	ORGÃO	CARGA HORÁRIA	TOTAL
Agente Administrativo	FHS- Estatutário	30	2
Agente de Serviços de Saúde	FHS- Estatutário	30	2
Assessor Técnico	FHS-Livre Provimento	40	1
Assistente Administrativo	FHS-Concurso	30	1
Assistente Administrativo	FHS-Concurso	40	1
Assistente de Farmácia	FHS-Concurso	36	2
Assistente Social	FES-PSS	30	2
Assistente Social	FHS-Concurso	30	3
Auxiliar de Enfermagem	FHS-Concurso	20	2
Auxiliar de Enfermagem	FHS-Concurso	30	1
Auxiliar de Enfermagem	FHS-Concurso	36	30
Enfermeiro Generalista	FHS-Concurso	15	1
Enfermeiro Generalista	FES-PSS	36	11
Enfermeiro Generalista	FHS-Concurso	36	12
Enfermeiro Generalista	FHS-Contrato	36	1
Farmacêutico	FES-PSS	40	4
Farmacêutico	FHS-Concurso	40	1
Médico Clínico Geral	FHS-Contrato	20	1
Médico Clínico Geral	FHS-Contrato	24	1
Médico Clínico Geral	FHS-Contrato	30	1
Médico Clínico Geral	FHS-Contrato	36	3
Médico Ultrassonografista	FHS-Contrato	24	1
Médico Ultrassonografista	FHS- Estatutário	30	1
Nutricionista	FES-PSS	36	2
Técnico de Enfermagem	FES-PSS	36	21
Técnico de Enfermagem	FHS-Concurso	20	2
Técnico de Enfermagem	FHS-Concurso	36	15
Técnico de Farmácia	FES-PSS	36	2
Técnico de Radiologia	FES-PSS	24	1
Técnico de Radiologia	FHS-Contrato	24	6
TOTAL GERAL			**134**

2.15 DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: TREINAMENTO, CAPACITAÇÃO, EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O sistema de qualificação profissional adotado neste projeto consiste em um conjunto integrado de ações voltadas ao desenvolvimento contínuo das competências técnicas, habilidades práticas e conhecimentos teóricos dos profissionais de saúde. Estruturado para promover o aprimoramento constante dos profissionais, esse sistema assegura um atendimento de qualidade, seguro e humanizado à população.

O processo de qualificação abrange três pilares fundamentais:

1. **Treinamento:** direcionado à aquisição e aprimoramento de habilidades específicas e operacionais essenciais para o desempenho das atividades diárias. Os treinamentos capacitam os profissionais quanto ao uso correto de equipamentos, execução de procedimentos técnicos, cumprimento de protocolos assistenciais e rotinas institucionais, garantindo agilidade e precisão no atendimento.

2. **Capacitação:** voltada ao desenvolvimento amplo e contínuo das competências profissionais, englobando atualização, reciclagem e introdução de novas práticas clínicas e gerenciais. A capacitação fortalece a autonomia e o raciocínio crítico dos profissionais, ampliando sua capacidade de atuação diante das demandas complexas do ambiente de saúde, além de promover a integração multidisciplinar e a qualidade do cuidado.

3. **Educação em Saúde:** compreende ações educativas contínuas que estimulam a reflexão crítica, o conhecimento científico atualizado e a transformação dos processos de trabalho, tanto para os profissionais quanto para a comunidade atendida. Promovendo a melhoria da prática profissional, a adoção de comportamentos éticos e a promoção da saúde em sua dimensão ampliada.

O sistema de qualificação profissional é estruturado com base em um diagnóstico regular das necessidades formativas, planejamento estratégico das ações, execução sistematizada e avaliação contínua dos resultados, garantindo sua efetividade e alinhamento com os objetivos institucionais. Dessa forma, contribui para a consolidação de um ambiente de trabalho estimulante e para a oferta de serviços de saúde resolutivos, eficientes e centrados no usuário.

Nesse contexto, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) desempenha papel fundamental ao promover o desenvolvimento contínuo e a atualização constante dos profissionais de saúde. Seu principal objetivo é assegurar que a instituição ofereça atendimento de qualidade, promover para as equipes assistenciais a capacitação em suporte básico e avançado de vida em clínica médica, pediatria e trauma alinhado às melhores práticas e aos avanços científicos da área da saúde.

A implantação do NEP visa qualificar e atualizar os profissionais, garantindo que as equipes estejam preparadas para oferecer cuidados de alta qualidade. Para isso, desenvolve e implementa programas de treinamento e capacitação em diversas áreas de atuação da unidade de saúde.

Além disso, o NEP fomenta a melhoria contínua no desempenho profissional, com ênfase em educação em saúde, ética, segurança do paciente e qualidade assistencial. Essa atuação promove uma cultura de aprendizado permanente, onde o conhecimento é compartilhado, valorizado e aplicado na prática diária, fortalecendo a integração e a colaboração interdisciplinar entre as equipes da instituição.

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) é responsável pela estruturação, gestão e coordenação de programas e cursos de capacitação direcionados às equipes multidisciplinares da instituição. O desenvolvimento desses programas de capacitação baseia-se em um levantamento contínuo das necessidades de treinamento (LNT) de todas as unidades da instituição, o que permite a elaboração de uma programação e cronograma de treinamentos alinhados às demandas específicas de cada área.

	FORMULÁRIO	
	LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO (LNT)	

CURSO / TREINAMENTO (TEMA)		COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS	MÊS	FACILITADOR		PÚBLICO		CUSTO PREVISTO	
				INTERNO	EXTERNO	CARGOS	Nº	INSCRIÇÃO	VIAGEM/ HOSPEDAGEM
1									
2									
3									
4									
5									
Ano elaboração/vigência:_____/_____		Unidade/Serviço:			Solicitante:				
Ger/Coord/Sup:		Diretor da área:			Gestão de Pessoas:				
Data:		Data:			Data:				

* Modelo de Formulário para elaboração de LNT.

No contexto atual os treinamentos permeiam e várias modalidades educativas, como:

- Workshops,
- Palestras e seminários sobre temas atuais e importantes para a prática profissional;
- Cursos e treinamentos presenciais ou online, com base nas necessidades específicas de cada área;
- Simulações e treinamentos práticos para capacitação em situações de emergência, segurança e práticas clínicas.
- Grupos de estudo e discussões de casos, incentivando a reflexão crítica e o aprendizado colaborativo.

Além disso, para garantir a eficácia e a efetividade dos treinamentos, é fundamental realizar avaliações periódicas das ações educacionais. Essas avaliações são essenciais não apenas para aprimorar a organização e execução dos treinamentos. O NEP utiliza esses dados para realizar ajustes e melhorias contínuas nos programas, garantindo que os objetivos educacionais sejam alcançados de forma eficaz e que os profissionais da instituição estejam sempre atualizados e capacitados

Após a implementação dos programas de capacitação, o núcleo deve realizar avaliações contínuas para medir a eficácia das ações educacionais. Isso inclui a avaliação do impacto dos treinamentos na melhoria do desempenho profissional, mensuração da absorção do conteúdo pelos profissionais treinados, assegurando que o conhecimento adquirido seja devidamente aplicado na prática. Além disso, é importante realizar uma reavaliação periódica das necessidades de educação, garantindo que o Núcleo de Educação Permanente continue alinhado às demandas da instituição e da evolução da prática médica e de enfermagem. Outra abordagem necessária é a avaliação do treinamento essenciais para aprimorar a organização e execução dos treinamentos.

A incorporação da educação permanente na cultura organizacional, representa o aprendizado contínuo, que deve ser incentivado em todos os níveis hierárquicos, promovendo uma cultura de excelência e de cuidado com a saúde dos pacientes, melhorando a qualidade do atendimento, profissionais mais bem capacitados e integrados, redução de erros e eventos adversos e promoção de trocas do conhecimento

Para o desenvolvimento das atividades do NEP, a proposta de reunião com os setores com o objetivo de identificar os temas institucionais (LNT), a serem abordados ao longo do ano, para que sejam identificados os temas de maior relevância e impacto, que poderão ser necessários, devido:

- Necessidade de fortalecimento dos processos que apresentaram fragilidades dentro da instituição;
- Orientar e desenvolver os novos profissionais para suas funções técnicas dentro da unidade de saúde;
- Atividades de controle de infecção na unidade de saúde;
- Segurança ocupacional;
- Inserção de novos serviços;
- Apresentação de novas técnicas;
- Manuseio de equipamentos;
- Estabelecidos por legislação.

Após é desenvolvido o cronograma anual de treinamentos, com a aprovação dos gestores e divulgados na Instituição.

Todo treinamento deverá ter evidencia de treinamento, através de listas de presença constando conteúdo programático, assinatura do instrutor e dos profissionais que realizaram o treinamento, esta ação reflete em indicador do serviço de NEP para a instituição, para ser relacionado o percentual de empregados capacitados em determinado curso será monitorado a eficácia do treinamento e a necessidade de reciclagem, através das pesquisas de reação (satisfação dos participantes em relação ao conteúdo, instrutor, infraestrutura e a conexão entre teoria e prática); Aprendizagem (teste de conhecimento pré e pós-treinamento); Comportamento (avaliação de desempenho dos profissionais); Eficácia (aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no treinamento).

	FORMULÁRIO
	LISTA DE PRESENÇA

( ) Reunião ( ) Treinamento ( ) Rotinas ( ) Integração ( ) Evento

Data:	Serviço/Unidade:
Horário de início: 08 h 30	Horário de término:
Tema:	Facilitador (a):
	Formação: -
Assuntos Abordados:	

Nº	Nome do Profissional	Cargo	Serviço/Unidade	Assinatura
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Assinatura Facilitador (a)

* Modelo Lista de Presença.

Com o compromisso de qualificar continuamente os profissionais e fortalecer a padronização dos processos na Unidade de Pronto Atendimento, a adoção de um cronograma permanente de treinamentos voltado às equipes assistenciais, administrativas e de apoio. As capacitações são planejadas com base nos protocolos institucionais, nas demandas operacionais da unidade e nas diretrizes da gestão, promovendo a atualização técnica, o alinhamento aos fluxos internos e o fortalecimento da segurança do paciente.

As atividades formativas ocorrerá mensalmente, conforme calendário previamente estabelecido, podendo ser realizadas de forma presencial, híbrida ou com apoio de plataformas de ensino a distância, conforme o conteúdo abordado.

Cada treinamento é monitorado por meio de instrumentos de avaliação, controle de frequência, análise de desempenho e registros padronizados. Os dados são organizados mensalmente em relatórios estatísticos, que apresentam o percentual de profissionais capacitados por setor, evolução de participação, reincidência de temas críticos e impacto nos indicadores de qualidade assistencial.

Essas informações subsidiam a tomada de decisão gerencial, possibilitando intervenções direcionadas, correção de desvios e reforço de boas práticas. Dessa forma, o cronograma de capacitações, aliado ao monitoramento contínuo e à geração de estatísticas, consolida-se como ferramenta estratégica para o aprimoramento e promoção de uma cultura institucional de aprendizado permanente.

Logo da Instituição	FORMULÁRIO CRONOGRAMA DE TREINAMENTOS – ANO								
CURSO/ TREINAMENTO (TEMA)	COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS	MODELO (REUNIÃO/ TREINAMENTO/ ETC)	DATA	CARGO	FACILITADOR		PUBLICO/ CARGA HORÁRIA		
					INTERNO	EXTERNO	Nº PARTICIPANTES	TEMPO	TEMPO TOTAL
							5	02:00	10:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
TOTAL MÊS							5	02:00	10:00

Havendo também o estímulo à reflexão crítica sobre a prática profissional, promovendo o protagonismo dos trabalhadores no processo de ensino-aprendizagem.

Entre os resultados esperados, destacamos:

- A ampliação da capacidade técnica e ética dos profissionais;
- A melhoria na qualidade dos serviços prestados à população;
- A criação de espaços permanentes de diálogo e troca de saberes;
- A integração entre teoria e prática nas rotinas institucionais;
- O fortalecimento de uma cultura de educação permanente como eixo estruturante da gestão do trabalho.

A atuação do NEP reafirma-se, assim, como estratégica para o desenvolvimento institucional, garantindo que os processos educativos estejam em sintonia com as necessidades reais do serviço e da comunidade atendida.

Este ciclo se renova anualmente, mas no decorrer do ano a NEP poderá desenvolver e ou acrescentar treinamentos que não estejam programados no cronograma anual, dependendo da necessidade real da instituição e ou sazonalidade.

- Composição da equipe de profissionais:

✓ Enfermeiro do NEP: Responsável pela gestão do núcleo, planejamento estratégico, cronogramas, relatórios e articulação com a direção e setores assistenciais, preferencialmente de um enfermeiro(a) ou profissional com perfil organizacional e formador, com apoio da direção.

Horário de funcionamento: 08hs00 as 18hs00, de segunda a sexta-feira, com horário de almoço. Este horário pode ser flexível de acordo com a demanda institucional.

2.16 DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DE REMUNERAÇÃO DIRETA E INDIRETA, IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E UNIFORMIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS.

A gestão de pessoas na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente será norteada por princípios de valorização profissional, justiça remuneratória, conformidade legal e promoção da saúde do trabalhador, fundamentais para a construção de um ambiente organizacional saudável, ético e eficiente. O modelo proposto pela Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) busca não apenas

assegurar os direitos trabalhistas, mas também criar condições que favoreçam o engajamento, o desempenho e a permanência qualificada dos profissionais.

Remuneração Direta

A remuneração direta será baseada em critérios legais e de equidade, respeitando as normativas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e as convenções coletivas da categoria. Todos os profissionais efetivos da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente serão contratados sob o regime celetista, garantindo segurança jurídica e estabilidade contratual.

Os salários serão definidos conforme:

- Tabela salarial atualizada, considerando os pisos profissionais por categoria, convenções sindicais e práticas de mercado;
- Adicionais previstos por lei: insalubridade, periculosidade, noturno, horas extras, plantões extras, sobreaviso, entre outros;
- Funções gratificadas e cargos de gestão, que terão complementação salarial por função estratégica, gestores, responsáveis técnicos e supervisores;
- Pagamentos mensais regulares e transparentes, realizados em conta bancária individual com demonstrativos detalhados.

O modelo de remuneração visa estimular o desempenho técnico, a assiduidade e o comprometimento institucional, contribuindo para a qualidade e continuidade do atendimento prestado aos usuários do SUS.

Remuneração Indireta (Benefícios)

Os profissionais terão acesso a benefícios indiretos que vão além das obrigações legais, promovendo valorização, segurança e bem-estar no ambiente de trabalho:

- Vale-alimentação e/ou refeição, conforme a carga horária e função desempenhada;
- Auxílio-transporte, pago de forma proporcional à jornada contratual e conforme necessidade geográfica do trabalhador;

- Apoio psicossocial e acolhimento institucional, com atendimento psicológico e escuta ativa, especialmente para equipes que atuam sob alta carga emocional;
- Uniformes, EPIs e insumos de biossegurança, fornecidos gratuitamente, com orientações sobre uso correto;
- Capacitação continuada, por meio de cursos, treinamentos e educação permanente oferecidos pela própria Unidade de Pronto Atendimento de São Vicente ou em parcerias com instituições de ensino;
- Eventos institucionais de valorização dos profissionais, como “semana do trabalhador”, rodas de conversa, campanhas de prevenção e reconhecimento de boas práticas;
- Acompanhamento médico ocupacional periódico, conforme o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

Essas ações refletem o compromisso com a saúde do trabalhador e a construção de uma cultura organizacional humanizada e sustentável.

Identificação Pessoal dos Profissionais

Para garantir a segurança assistencial, a clareza das relações e a acessibilidade para o usuário, será obrigatória a utilização de crachás de identificação visível por todos os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento de São Vicente. Os crachás conterão:

- Nome completo do colaborador;
- Função ou cargo;
- Setor de atuação;
- Foto 3x4 atualizada;
- Código QR ou identificação eletrônica, quando disponível.

Essa medida facilita a identificação visual pelo paciente e pela equipe, promove o acolhimento e reforça a credibilidade da unidade junto à população.

Uniformização dos Recursos Humanos

A padronização dos uniformes visa garantir organização visual, segurança, higiene e identidade institucional, conforme as normas técnicas de biossegurança.

Todos os profissionais usarão uniformes específicos por categoria profissional, de acordo com as funções exercidas e os ambientes de trabalho:

- Profissionais de enfermagem: jaleco branco ou colorido por função (enfermeiro, técnico, auxiliar), com calça e sapato fechado, e crachá;
- Médicos: jaleco branco com identificação e EPIs específicos, conforme risco do setor;
- Serviços administrativos: camisa polo ou social institucional, calça padronizada e crachá;
- Serviços gerais (limpeza, cozinha, vigilância): uniformes resistentes, com cores identificadoras e de fácil higienização, e crachá.

A instituição será responsável pelo fornecimento e substituição periódica dos uniformes, garantindo condições adequadas de uso e apresentação pessoal compatível com os padrões da assistência prestada.

A logomarca utilizada nos crachás e uniformes dos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente seguirá rigorosamente os padrões definidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/ SE), respeitando a identidade visual institucional estabelecida nos manuais oficiais. A aplicação da logo será feita de forma padronizada, garantindo boa visibilidade, contraste adequado com o fundo do tecido ou crachá, e posicionamento estratégico. Essa padronização tem como objetivo reforçar a identificação visual da unidade como parte integrante da rede estadual de saúde, promovendo transparência, credibilidade institucional e fortalecendo o vínculo entre a gestão pública, os profissionais de saúde e a população.

2.17 PODERÃO SER ACRESCIDAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES NÃO ABORDADAS NOS ITENS ANTERIORES OU OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE QUE O ENTE INTERESSADO JÁ TENHA EM DESENVOLVIMENTO OU PENSE INICIAR SUA IMPLANTAÇÃO. NESSE CASO, DEVE APRESENTAR UM PLANO DE ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICO COM DEFINIÇÃO DE ALCANCE, METODOLOGIA, CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO, ORÇAMENTO PREVISTO ETC.

2.17.1 Campo de Estágios

Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) é uma organização de reconhecida atuação na área da saúde, com expertise consolidada na gestão de unidades assistenciais. Em consonância com sua missão institucional de promover saúde com qualidade, equidade e humanização, por meio de uma gestão eficiente e comprometida com o fortalecimento do SUS.

A proposta para sua gestão como Unidade de Ensino, visa reconhecer e institucionalizar a função educadora e formadora da Unidade Pronto Atendimento São Vicente, transformando-a em um ambiente de práticas profissionais, produção de conhecimento, formação multiprofissional e desenvolvimento científico, conforme os princípios norteadores da integração ensino-serviço-comunidade.

Embora o modelo de certificação de Hospitais de Ensino, regulamentado pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, se aplique diretamente a hospitais com perfil de internação, propõe-se aqui uma adaptação institucional da Unidade Pronto Atendimento São Vicente como campo formador, alinhada às Diretrizes Curriculares Nacionais, à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e às necessidades do SUS.

A criação de campo de estágio na Unidade Pronto Atendimento São Vicente tem como objetivo coordenar, organizar e supervisionar as ações de ensino e pesquisa desenvolvidas na unidade, em parceria com Instituições de Ensino Superior (IES) e Instituições de Ensino Técnico (IET), públicas e privadas, promovendo a integração ensino-serviço e a qualificação da formação profissional em saúde.

- A formação prática de estudantes de graduação e pós-graduação em saúde;
- A realização de estágios curriculares supervisionados, visitas técnicas, projetos de extensão e atividades interdisciplinares;
- A qualificação contínua de profissionais e preceptores que atuam na assistência;
- A promoção de estudos científicos e de pesquisas alinhadas ao perfil epidemiológico da população atendida.

A política institucional da Unidade Pronto Atendimento São Vicente para ensino e pesquisa está fundamentada na integração ensino-serviço, no fortalecimento da educação em saúde e na valorização da prática como espaço de aprendizagem. Visa oferecer um cenário real, dinâmico e humanizado para o desenvolvimento de competências dos futuros profissionais da saúde.

Diretrizes para Ensino/ Pesquisa na Unidade Pronto Atendimento São Vicente:

- Garantir cenários de práticas qualificados e supervisionados para estudantes de cursos da saúde;
- Estimular a produção científica e a participação em pesquisas que contribuam para a melhoria da atenção à saúde;
- Oferecer capacitação contínua e educação permanente para os profissionais da unidade;
- Estabelecer parcerias com instituições acadêmicas e científicas;
- Fomentar ações de extensão voltadas à comunidade e à promoção da saúde.

Atribuições dos Preceptores e Supervisores

Os preceptores e supervisores da Unidade Pronto Atendimento São Vicente terão papel fundamental na mediação do processo ensino-aprendizagem, devendo:

1. Supervisionar os estudantes durante os estágios, garantindo segurança e ética;
2. Orientar práticas clínicas e assistenciais conforme protocolos e diretrizes do SUS;
3. Avaliar o desempenho acadêmico e comportamental dos discentes;
4. Facilitar a integração dos estudantes com a equipe multiprofissional e os usuários;
5. Participar de reuniões, treinamentos e projetos educacionais promovidos;
6. Estimular a participação em atividades de educação permanente e pesquisa aplicada.

A Unidade Pronto Atendimento São Vicente contará com um espaço físico e organizacional destinado ao suporte às atividades acadêmicas, incluindo:

- Sala de ensino equipada para reuniões e estudos;
- Espaço para acolhimento e orientação dos estudantes e docentes;
- Supervisão técnico pedagógica;
- Sistema de registro e controle de estágios;
- Apoio à submissão de projetos.

A transformação da Unidade Pronto Atendimento São Vicente em um **campo de ensino,** representa um marco para o desenvolvimento, qualificação dos serviços prestados e fortalecimento do SUS. Ao acolher estudantes, docentes e pesquisadores, a unidade se torna um espaço estratégico de formação e inovação, promovendo a integração entre o conhecimento científico e a prática assistencial.

A institucionalização de Ensino, Pesquisa e Extensão e a regulamentação das parcerias com instituições acadêmicas garantirão o alinhamento das ações educacionais com a missão da Unidade Pronto Atendimento São Vicente e da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), contribuindo diretamente para o desenvolvimento profissional, científico e humano dos envolvidos.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO - CAMPO DE ESTAGIO		
ETAPA	**ATIVIDADES PRINCIPAIS**	**PRAZO ESTIMADO**
Constituição da Diretoria de Ensino e Pesquisa	Nomeação de equipe, definição de estrutura, elaboração de regimento interno	15 dias
Planejamento físico e organizacional	Estruturação de sala, identificação de espaços para ensino, elaboração de fluxos internos	30 dias
Elaboração dos documentos institucionais	Manual, políticas de ensino e pesquisa, fluxos de estágio e supervisão	45 dias
Formalização de convênios com IES	Contato com instituições, negociação, assinatura de convênios	60 dias
Composição da equipe de preceptores	Seleção e capacitação dos profissionais para tutoria e supervisão de discentes	75 dias
Capacitação dos envolvidos	Treinamentos sobre preceptoria, integração ensino-serviço, ética, humanização	90 dias
Implantação do sistema de controle acadêmico	Definição de fluxos de entrada, controle de frequência, fichas de avaliação, emissão de certificados	90 dias
Início dos estágios supervisionados	Recebimento de alunos, acompanhamento por preceptores, execução de planos de prática	90 dias
Avaliação e ajustes	Coleta de feedback, reuniões com IES e preceptores, ajustes nos fluxos e documentos	120 dias
Preparação para submissão à certificação	Organização documental e técnica para pedido de certificação futura junto ao MEC/MS	120 dias

* Este cronograma de implantação poderá ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição.

* Nota: Não será necessário destinação de recursos orçamentários.

2.17.2 Voluntariado

O voluntariado é uma ação altruísta realizada por indivíduos que se dedicam a ajudar o próximo sem esperar recompensas materiais. Essa prática é essencial para fortalecer a sociedade, especialmente em contextos de saúde, onde o apoio aos pacientes vai além do cuidado médico, incorporando o acolhimento, o conforto emocional e a humanização do atendimento.

A Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) em consonância com a valorização humana, propõe a formalização do Programa de Voluntariado nas Unidades em que atua, pois, acredita que por meio da atividade voluntária é possível a troca de valores e experiências.

O objetivo é assegurar a atuação voluntária nas Unidades de Saúde, Educação e Assistência Social, proporcionando a igual valorização e crescimento pessoal de todos os participantes e usuários, ao mesmo tempo em que promove a interação com a comunidade local.

Quem deseja participar do Programa deve ter a partir de 16 anos de idade, e sendo menor de 18 anos, ser autorizado (a) pelo responsável legal.

Atribuições do voluntário: A atuação deve ser respeitada, de acordo com o local e orientação do Gestor da Unidade, sendo realizada individualmente ou em grupo para beneficiar outras pessoas. A definição das áreas de atuação facilita o entendimento dos processos e do papel de cada um.

Objetivos do Voluntariado: Oferecer apoio emocional e psicológico em unidades de saúde, os voluntários têm a função de apoiar pacientes e familiares, proporcionando uma escuta ativa, conforto e um ombro amigo em momentos de vulnerabilidade.

Apoiar nas atividades diárias: Os voluntários ajudam nas tarefas diárias de uma unidade de saúde, como a organização de espaços, apoio logístico e realização de atividades recreativas para pacientes.

Áreas de atuação: O voluntário que deseja atuar na área da Saúde precisa ter sensibilidade para entender a situação vivenciada pelo usuário. Assim como adotar uma postura acolhedora, tornando mais humano o ambiente da Unidade em que atua.

Em nestas situações como, “Posso ajudar?”: Além do acolhimento, o voluntário também desempenha um papel importante para fornecer informações e orientações sobre a rotina e os serviços prestados aos usuários dentro da Unidade de saúde em que está e eventos, ações e campanhas: Será apresentado um tema e conceito a ser desenvolvido, podendo contar com o apoio do setor de Comunicação na realização.

Ao ser orientado sobre o tema, forma de abordagem e causa destinada, o voluntário poderá estimular a participação da comunidade e dos usuários. Pode ser realizado dentro e fora da Unidade, desde que sejam ações voltadas à promoção social, preventiva e educativa, contando com o devido planejamento e normas de segurança.

Implementar um programa de voluntariado em uma organização ou instituição requer planejamento cuidadoso, estrutura adequada e estratégias que garantam o sucesso e a eficácia do programa. A seguir, estão os principais passos para implementar um programa de voluntariado eficaz:

1. Definir os objetivos e propósitos do programa, antes de iniciar o programa, é essencial esclarecer o objetivo e o propósito do voluntariado na organização. Perguntas como “Qual é a missão do programa?”, “Que impacto queremos alcançar?”, e “Como os voluntários contribuirão para alcançar esses objetivos?” devem ser respondidas.

Exemplo: O programa de voluntariado pode ter como objetivo apoiar pacientes em unidades de saúde, melhorar a qualidade de vida de idosos em lares de idosos ou contribuir com serviços sociais na comunidade.

2. Identificar as áreas e atividades para voluntários, importante determinar quais áreas ou atividades os voluntários irão atuar. Isso depende das necessidades da organização e da comunidade. As áreas podem incluir:

- Assistência direta ao paciente: Apoio emocional, atividades recreativas, acompanhamento em consultas.

- Apoio administrativo: Organizar eventos, auxiliar na gestão de recursos.
- Apoio logístico: Transporte, organização de espaços, auxílio em campanhas.
- Apoio social e educacional: Aconselhamento, tutoria, cursos.

3. Estabelecer requisitos para os voluntários, defina os requisitos que os voluntários devem atender para participar do programa. Estes requisitos podem incluir:

- Idade mínima.
- Comprometimento com a carga horária.
- Habilidades ou experiências específicas (como atendimento ao público, conhecimentos na área da saúde, etc.).
- Interesse e motivação para a área de atuação.

4. Desenvolver uma estrutura organizacional para o programa, crie uma estrutura clara de gestão e coordenação do programa. Isso inclui:

- Coordenadores de voluntariado: Profissionais responsáveis pela gestão dos voluntários, recrutamento, treinamento e acompanhamento.
- Supervisores de campo: Profissionais de cada área de atuação que orientarão os voluntários nas atividades práticas.
- Equipe de apoio: Outros colaboradores que auxiliam no planejamento e na administração do programa.

5. Recrutamento e seleção de voluntários, implementação de um processo de recrutamento e seleção dos voluntários, que pode envolver:

- Divulgação em redes sociais, site da organização, jornal local ou eventos comunitários.
- Parcerias com escolas, universidades, igrejas ou associações comunitárias para recrutar novos voluntários.
- Entrevistas e testes (se necessário) para verificar se os candidatos têm os valores e habilidades que atendem às necessidades da organização.

6. Desenvolver um programa de treinamento, treine os voluntários para prepará-los para as suas funções. O treinamento deve incluir:

- Informações sobre a organização: Missão, valores, políticas e procedimentos.
- Especificidades da função: O que se espera do voluntário, como ele pode contribuir para o sucesso das atividades.
- Treinamento em habilidades: Se necessário, oferecer treinamento em áreas como atendimento ao paciente, primeiros socorros, comunicação, ética e confidencialidade.
- Aspectos legais e de segurança: Orientações sobre a segurança do voluntário e dos beneficiários, como lidar com situações de risco e o uso correto de equipamentos, se aplicável.

7. Criar um sistema de acompanhamento e suporte, é fundamental oferecer um acompanhamento contínuo aos voluntários, fornecendo feedback, suporte e acompanhamento de suas atividades:

- Reuniões regulares: Avaliar o progresso e o impacto das atividades.
- Mentoria ou supervisão: Disponibilizar profissionais experientes para orientar os voluntários.
- Avaliação contínua: Coletar feedback tanto dos voluntários quanto das equipes de trabalho para avaliar o desempenho e as melhorias necessárias no programa.

8. Reconhecimento e valorização dos voluntários, reconhecer e valorizar o trabalho dos voluntários é essencial para a manutenção do engajamento e da motivação. Algumas ações incluem:

- Certificados de participação ou cartões de agradecimento.
- Eventos de reconhecimento: Realizar eventos para celebrar o trabalho dos voluntários, como jantares ou encontros anuais.
- Oportunidades de crescimento: Oferecer aos voluntários a chance de evoluir em suas funções ou de se envolver em projetos mais significativos.

9. Monitoramento e avaliação do programa, para garantir que o programa de voluntariado seja eficaz, é necessário estabelecer processos de monitoramento e avaliação. Isso inclui:

- Indicadores de desempenho: Estabelecer métricas para medir o impacto do programa, como o número de pacientes atendidos, satisfação dos voluntários e feedback dos beneficiários.
- Pesquisas de satisfação: Enviar formulários de feedback aos voluntários e às pessoas atendidas para avaliar o sucesso e identificar áreas de melhoria.
- Revisão regular: Realizar avaliações periódicas do programa para identificar o que está funcionando bem e onde ajustes podem ser feitos.

10. Ajustes e melhoria contínua, com base nas avaliações e feedbacks recebidos, ajuste e melhore continuamente o programa. Isso pode envolver mudanças na estrutura de treinamento, nas áreas de atuação dos voluntários ou na forma de reconhecimento. A flexibilidade e adaptação são fundamentais para o sucesso do programa a longo prazo.

- Contador de História: A ação de contar e ouvir histórias possibilita a construção afetiva e cultural, além do resgate de memórias que estimulem a imaginação.
- Oficinas: Elaborar e participar de oficinais em grupo ou individuais para desenvolver novas habilidades com os usuários. Exemplo: artesanato, pintura, culinária, reciclagem, informática, entre outras.
- Cuidados com a Beleza e Higiene: Oferecer atividades que possam elevar a autoestima dos usuários, como: cuidados com cabelo, unhas, pele, entre outros procedimentos de higiene pessoal.

Promover a humanização do atendimento: A presença de voluntários contribui para um ambiente mais acolhedor, proporcionando uma sensação de cuidado e humanidade em momentos de dificuldades e incertezas.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO - VOLUNTARIADO		
ETAPA	**ATIVIDADES PRINCIPAIS**	**PRAZO ESTIMADO**
Levantamento das áreas de atuação	Mapeamento de necessidades em cada unidade	45 dias
Criação de estrutura de gestão	Nomeação da coordenação e supervisores locais	60 dias
Elaboração de materiais informativos	Cartilhas, regulamento interno, termos de compromisso, fichas de inscrição	75 dias
Divulgação e recrutamento	Ações em mídias sociais, escolas, universidades, paróquias e comunidade	90 dias
Processo seletivo e entrevistas	Análise de perfil, agendamento de entrevistas e triagem inicial	105 dias
Treinamento inicial	Formação institucional, ética, direitos e deveres, segurança, abordagem humanizada	120 dias
Início das atividades voluntárias	Acompanhamento inicial com supervisores e registro das ações	A partir de 120 dias
Monitoramento, avaliação e reconhecimento	Reuniões periódicas, certificados, eventos de agradecimento e escuta ativa dos voluntários	Contínuo

* Este cronograma de implantação poderá ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição.

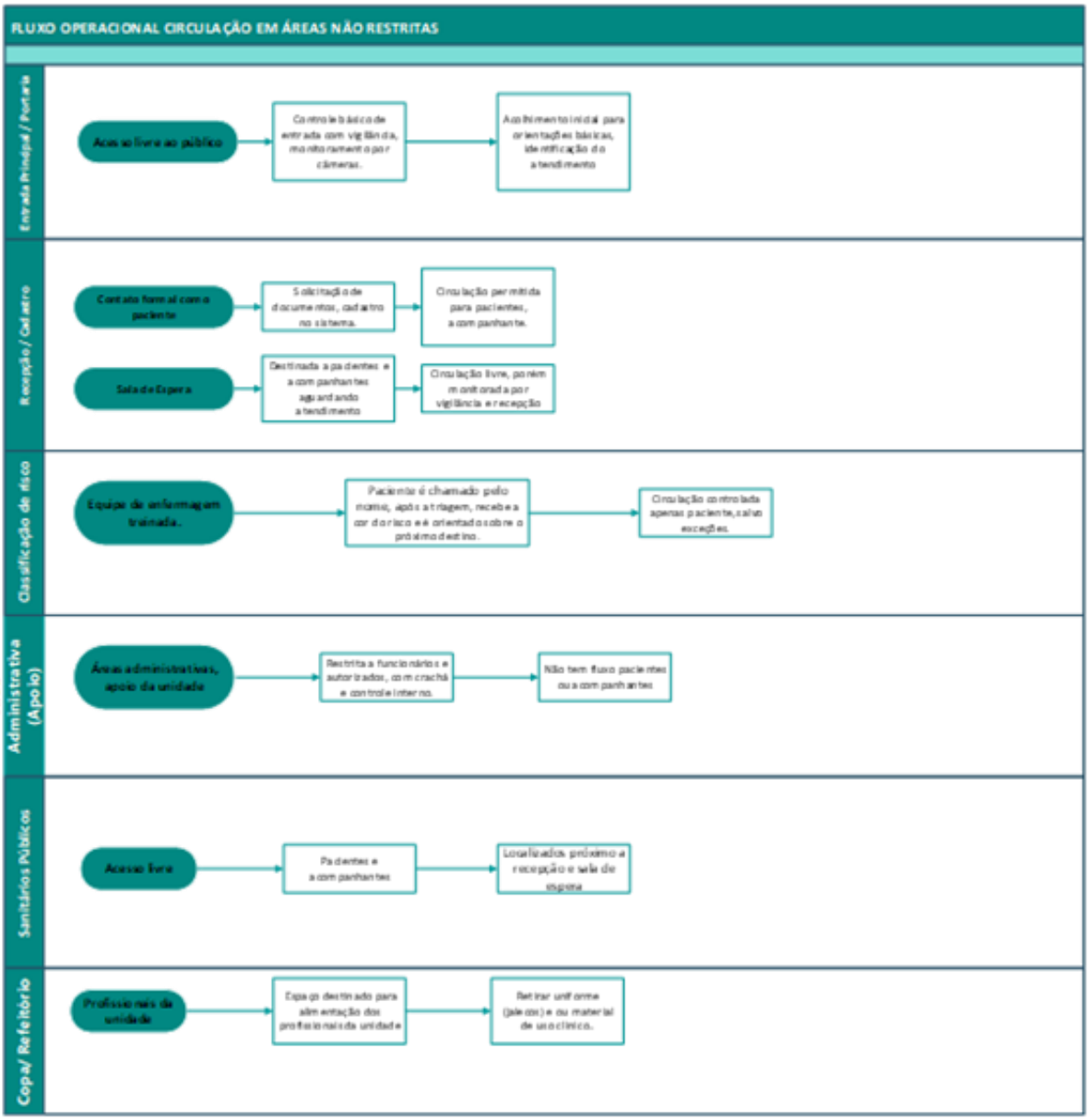
* Nota: Não será necessário destinação de recursos orçamentários.

2.18 FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, NÃO RESTRITAS E EXTERNAS

A organização dos fluxos operacionais em uma unidade de saúde é fundamental para garantir a segurança, a qualidade da assistência, o controle de infecções e a eficiência dos processos internos. Nesse contexto, é essencial estabelecer diretrizes claras para a circulação de pessoas, materiais e resíduos entre as diferentes áreas da unidade, conforme sua classificação:

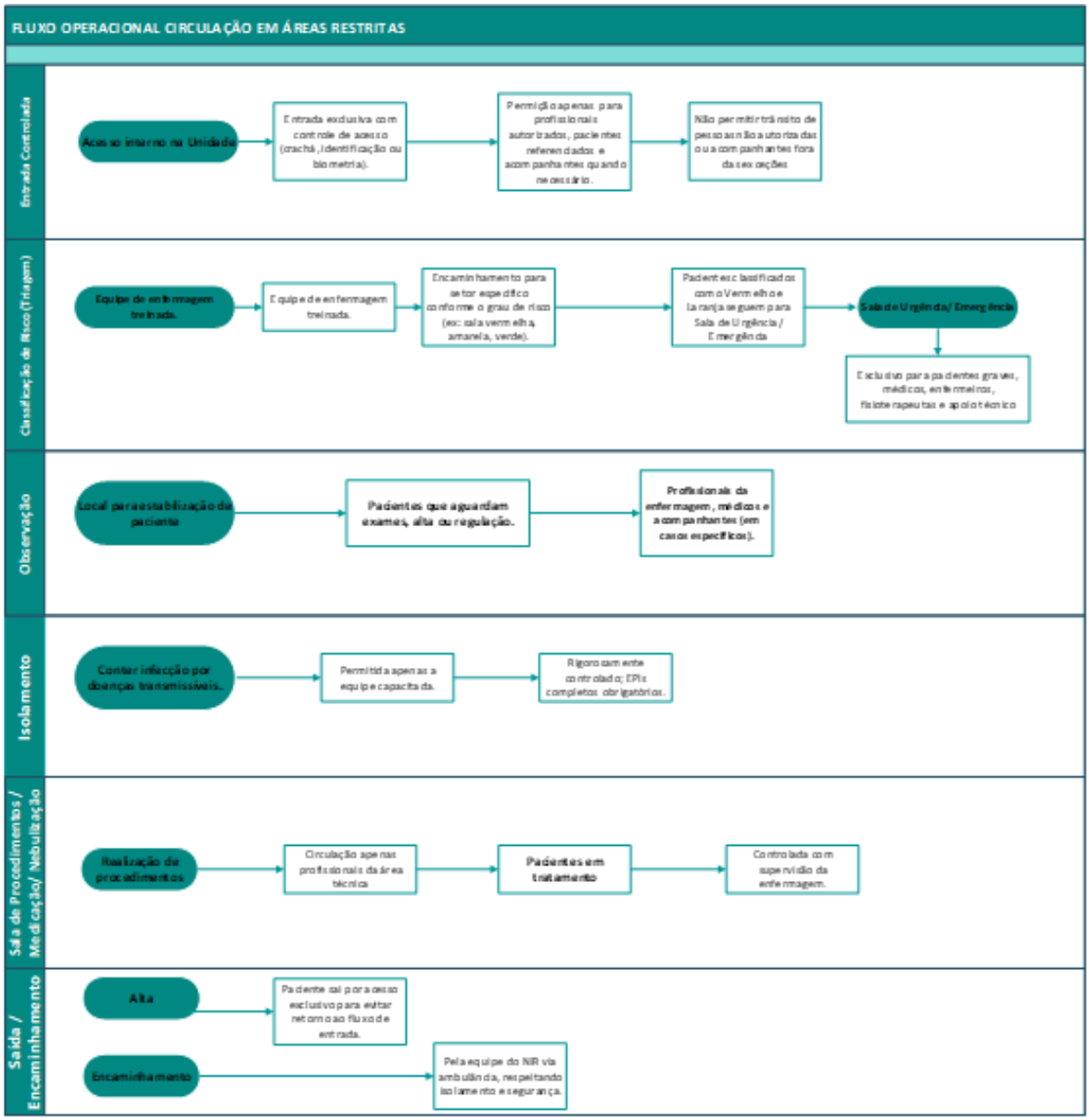
Áreas Não Restritas, são espaços internos que não exigem barreiras físicas ou controle rigoroso de acesso, como recepção, salas administrativas, corredores comuns e áreas de espera. A circulação nessas áreas é permitida a usuários,

acompanhantes, profissionais e visitantes, conforme normas institucionais. Apesar da livre circulação, é importante manter a organização, a higiene e o respeito aos protocolos de segurança e acolhimento.



Áreas Restritas, são ambientes que exigem controle rigoroso de acesso, destinados exclusivamente a profissionais autorizados. Incluem salas de atendimento, áreas de procedimentos, farmácia, laboratório, centro de material e esterilização (CME), áreas críticas de isolamento, entre outros. A circulação nessas áreas segue normas específicas quanto à paramentação, higiene das mãos, fluxo de entrada e saída de materiais e controle de infecção.

A definição e o respeito aos fluxos operacionais por áreas são estratégias indispensáveis para a segurança do paciente, a prevenção de riscos e a padronização das rotinas assistenciais e administrativas. A sinalização, o treinamento das equipes e a fiscalização periódica desses fluxos contribuem para o bom funcionamento da unidade.



2.19 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS

A adoção do fluxo unidirecional no reprocessamento de materiais é uma exigência técnica e legal para garantir a segurança dos pacientes e a eficácia das práticas de controle de infecções nas unidades de saúde. Esse modelo operacional organiza o deslocamento dos materiais em uma única direção, obedecendo à lógica de descontaminação progressiva, sem cruzamentos entre áreas sujas, limpas e esterilizadas.

A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 15, de 15 de março de 2012, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelece os requisitos mínimos para o funcionamento de Centrais de Material e Esterilização (CME) e para o reprocessamento de produtos para saúde. O artigo 20 da referida norma determina que: *"As áreas da CME devem possuir fluxo unidirecional, iniciando pela entrada dos produtos contaminados até a saída dos produtos esterilizados, de forma a evitar a contaminação cruzada."*

Essa diretriz é reforçada por outras normas técnicas e manuais do Ministério da Saúde que visam garantir a biossegurança e o controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Unidade essencial na unidade de saúde, responsável pela gestão e processamento de materiais e instrumentos cirúrgicos e assistências que precisam ser esterilizados antes de seu uso. A CME garante que todo o material utilizado na unidade de saúde esteja livre de micro-organismos e seguro para o uso, prevenindo infecções na unidade de saúde e garantindo a qualidade no atendimento aos pacientes, onde o volume de atendimento é considerável, seu papel é fundamental para a segurança da eficiência dos processos de esterilização de forma organizada e otimizada, a fim de manter a segurança dos pacientes e a eficácia dos serviços.

Objetivos da Central de Material Esterilizado (CME)

- **Garantir a segurança do paciente:** Todos os materiais utilizados em procedimentos invasivos, exames invasivos, e cuidados médicos, devem estar esterilizados, prevenindo a transmissão de infecções na unidade de saúde.

- **Otimizar a utilização dos recursos da unidade de saúde:** A central deve organizar e controlar a esterilização e reesterilização dos materiais e equipamentos médicos, garantindo que estejam prontos e disponíveis para os diversos setores assistências.
- **Cumprir com normas sanitárias e regulatórias:** Seguir normas e protocolos sanitários para garantir a segurança e conformidade com a legislação vigente.

Processos da Central de Material Esterilizado (CME)

O processo de esterilização e preparação do material no CME é rigoroso e segue diversas etapas que garantem a eliminação de micro-organismos, promovendo a segurança no uso dos materiais. As principais etapas do processo incluem:

- **Recebimento e Triagem do Material:** Ao ser recebido na CME, o material e os instrumentos sujos são triados e classificados conforme seu tipo e grau de risco. Materiais contaminados, como aqueles que entram em contato com sangue ou fluidos corporais, são identificados e tratados de acordo com normas específicas.
- **Identificação:** Todos os materiais são rotulados com informações sobre sua origem e tipo.
- **Classificação:** O material é separado de acordo com o tipo e o grau de contaminação.

Limpeza e Desinfecção

Antes de qualquer procedimento de esterilização, todos os materiais devem ser limpos de forma adequada. Esta etapa remove resíduos, sangue, secreções ou qualquer outro tipo de sujeira visível.

- **Pré-lavagem:** Em alguns casos, o material é imerso em soluções especiais que ajudam a remover as sujeiras mais pesadas.
- **Lavagem mecânica:** Em seguida, os instrumentos passam por uma lavagem mecanizada em lavadoras automáticas (ou manual, dependendo do caso) que limpam e removem os resíduos biológicos.
- **Desinfecção:** A limpeza é seguida por um processo de desinfecção, onde o material é tratado com produtos químicos ou soluções desinfetantes, para reduzir a carga microbiana visível.

Secagem

- Após a limpeza e desinfecção, o material é cuidadosamente seco. A secagem é fundamental, pois a presença de umidade pode comprometer o processo de esterilização e diminuir a eficácia da esterilização. Materiais de aço inox, por exemplo, precisam ser completamente secos para evitar oxidação durante a esterilização.

Embalagem

- O material esterilizável é embalado em pacotes ou envelopes apropriados, com embalagens resistentes e permitir a passagem do agente esterilizante, garantindo que o material permaneça estéril até o momento de seu uso.
- **Embalagens apropriadas:** A embalagem deve ser compatível com o tipo de esterilização utilizado (exemplo: vapor, óxido de etileno, radiação, etc.).
- **Identificação e rastreabilidade:** Cada pacote de material esterilizado recebe uma etiqueta de identificação com dados como o tipo de material, data de esterilização e validade.

Esterilização

Após a embalagem, os materiais passam pelo processo de esterilização, que pode ocorrer de diferentes formas, dependendo do tipo de material e da unidade de saúde:

- **Esterilização por autoclave (vapor):** A esterilização por autoclave é a mais comum em hospitais de baixa e média complexidade. Consiste em submeter os materiais a altas temperaturas e pressões, o que elimina micro-organismos, incluindo bactérias e vírus. O processo é realizado por meio de vapor saturado em pressões e temperaturas específicas.
- **Esterilização a gás (óxido de etileno):** Este processo é utilizado para materiais sensíveis ao calor, como alguns tipos de plásticos e componentes eletrônicos. O gás é um potente esterilizante que penetra nos materiais e destrói os micro-organismos. Este processo é realizado por empresa terceirizada especializada neste processo.

Controle de Qualidade

Cada lote de materiais esterilizados deve passar por um controle rigoroso de qualidade para garantir que o processo tenha sido realizado com sucesso.

- **Testes biológicos:** São realizados testes com esporos bacterianos para garantir a eficácia da esterilização.
- **Testes químicos:** São utilizados indicadores químicos para confirmar que o material foi submetido à temperatura e tempo corretos.
- **Verificação da integridade das embalagens:** As embalagens devem ser verificadas para garantir que não foram danificadas, o que poderia comprometer a esterilidade do material.
- **Teste da autoclave**: O teste de funcionamento da autoclave, como o teste de Bowie-Dick (em autoclaves a vapor), deve ser realizado diariamente para verificar a remoção eficaz do ar e a penetração do vapor, assegurando a eficiência do ciclo de esterilização.
- **Validação da autoclave**: A validação do equipamento é essencial para garantir que a autoclave está funcionando dentro dos parâmetros exigidos. Deve ser realizada periodicamente por meio de ensaios documentados que comprovem a eficácia, a reprodutibilidade e a consistência do processo de esterilização.

Armazenamento e Distribuição

Após a esterilização, os materiais são armazenados em condições adequadas para manter sua esterilidade até o momento de seu uso.

- **Armazenamento adequado**: Os materiais devem ser armazenados em locais secos, ventilados e protegidos da luz direta e de possíveis contaminações.
- **Controle de validade:** A validade de cada material esterilizado deve ser rigorosamente controlada. Cada lote tem um tempo determinado de validade, após o qual o material deve ser reprocessado.

A distribuição dos materiais esterilizados é feita de maneira organizada, com o envio dos pacotes para os setores que os necessitam, como o Sala de Procedimentos, Urgência/ Emergência**,** Observação, em geral todas as áreas do Pronto Atendimento**.**

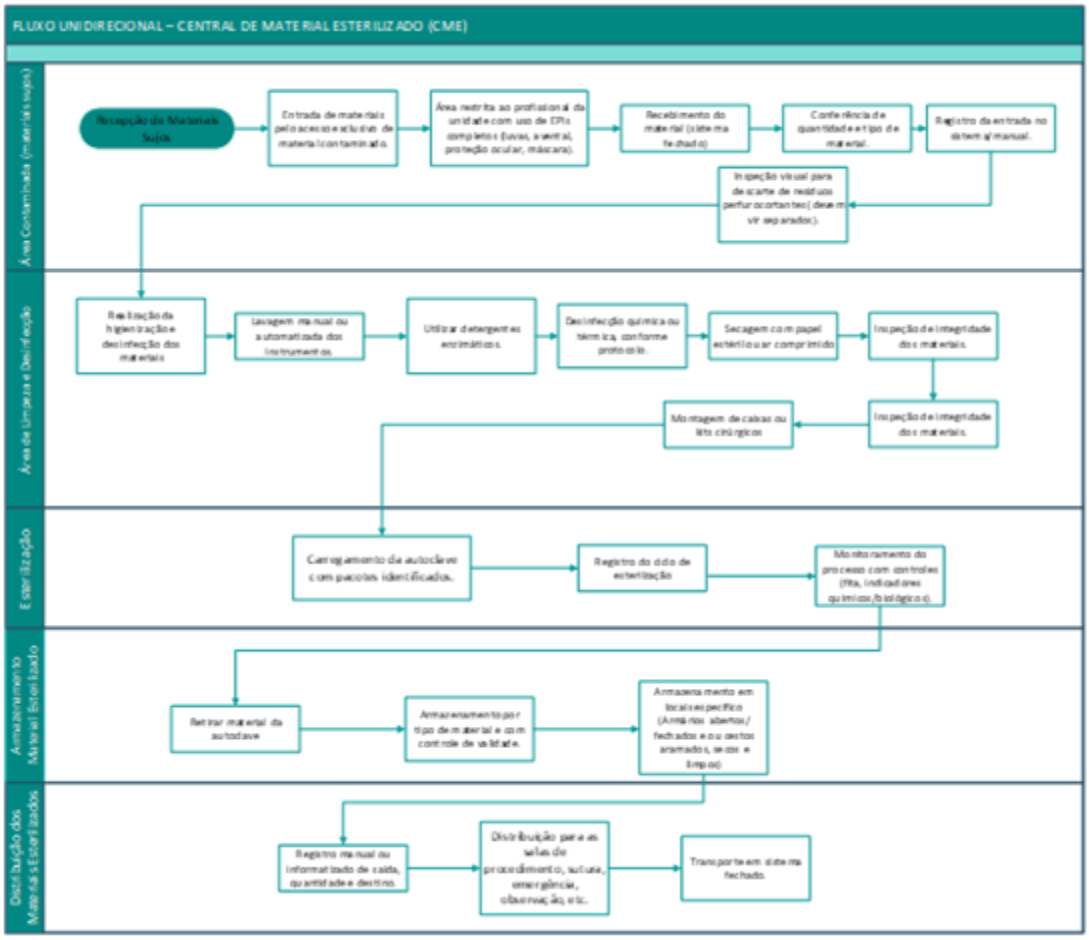
Rastreamento e Registro

A rastreabilidade é um processo fundamental no CME. Todos os materiais esterilizados devem ser rastreados desde o recebimento até o uso final, o que garante

que, em caso de problemas, seja possível identificar a origem do lote e o processo em que ele foi submetido.

- **Registro e controle de lotes:** A CME mantém registros detalhados sobre os lotes de materiais esterilizados, incluindo datas, resultados dos testes, identificação dos operadores e validade.
- **Segue em Anexo: 01 - Modelo de Manual Central de Materiais Esterilizados**

Fluxo da Central de Material Esterilizado (CME)



***Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.**

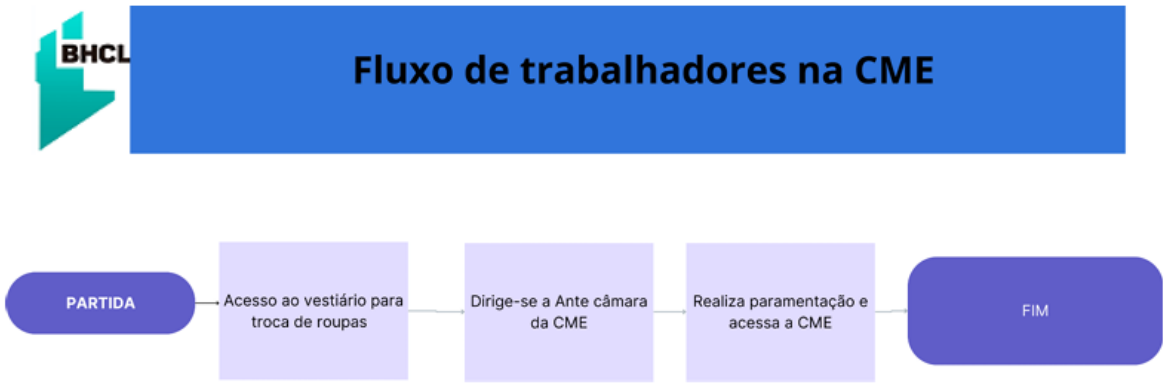
- Composição da equipe de profissionais:

✓ Supervisionado por um enfermeiro, que atua como responsável pelo serviço de CME, respondendo pelo cumprimento das normas técnicas, protocolos de esterilização, rastreabilidade dos processos, capacitação da equipe e registros

exigidos pelos órgãos de fiscalização. No entanto, devido à baixa complexidade e quantidade de materiais a serem processados, o enfermeiro não se dedica exclusivamente à CME, acumulando outras funções assistenciais ou gerenciais dentro da unidade.

✓ Técnico(s) de enfermagem responsáveis por executar as atividades operacionais da CME, como: limpeza, preparo, montagem, esterilização, armazenamento e distribuição dos materiais e instrumentais. Esses profissionais também são responsáveis pelo controle dos indicadores de processo, realização dos testes (químicos, biológicos, de funcionamento da autoclave), organização dos kits e distribuição dos materiais estéreis para os setores demandantes.

***Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.**



2.20 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS

Em Unidade Pronto Atendimento, a correta gestão das roupas hospitalares é essencial para a segurança assistencial, prevenção de infecções e organização dos serviços. A Unidade Pronto Atendimento São Vicente conta com serviço terceirizado de lavanderia, é imprescindível manter o fluxo unidirecional das roupas, mesmo que parte do processo ocorra fora da unidade, garantindo o cumprimento das normas sanitárias e a rastreabilidade dos itens.

A organização e execução do fluxo de roupas em serviços de saúde com terceirização devem obedecer as seguintes diretrizes: RDC nº 50/2002 – ANVISA:

estabelece diretrizes para a separação física de áreas sujas e limpas no setor de roupas hospitalares; RDC nº 15/2012 – ANVISA, Art. 20: determina o fluxo unidirecional para o processamento de produtos para saúde; Portaria MS nº 2.616/1998: dispõe sobre as ações do Programa de Controle de Infecção Relacionadas Assistência de Saúde (PCIRAS), incluindo o processamento de roupas e contrato formal com empresa terceirizada, contendo cláusulas que garantam conformidade com as exigências da Vigilância Sanitária.

O Serviço de Processamento de Roupas é um setor de apoio essencial, especializado na gestão e no tratamento de todo o material têxtil da unidade de saúde. Sua principal função é garantir que a demanda de roupas seja atendida de maneira eficiente, mantendo a continuidade da assistência e assegurando a qualidade e segurança no manejo das roupas utilizadas na instituição. As atividades desenvolvidas são:

- Recolher toda a roupa utilizada nas diversas áreas da unidade de saúde;
- Pesar, separar, processar e distribuir as roupas conforme a necessidade de cada unidade e os horários previamente estabelecidos;
- Utilizar técnicas e produtos adequados para garantir a eficácia na higienização e preservar a integridade dos materiais;
- Assegurar que o processamento das roupas não se torne um meio de disseminação de agentes contaminantes, mantendo padrões rigorosos de higiene;
- Realizar inventário semestral de todos os materiais têxteis, implementando dispositivos de controle para otimizar a gestão e evitar perdas;
- Manter o setor de processamento de roupas organizado e garantir que os colaboradores utilizem os equipamentos de proteção adequados durante todo o processo.

Observação: Devido à falta de espaço físico adequado para a execução dessas atividades na unidade de saúde, o serviço de processamento de roupas será terceirizado, bem como a locação do enxoval, garantindo, assim, a eficiência, quantidade, qualidade e a conformidade com os padrões de segurança exigidos.

Serviço realizara o controle e dispensação do enxoval da unidade de saúde, nas etapas fundamentais para garantir o adequado fornecimento e utilização dos enxovais da unidade de saúde, assegurando a qualidade e segurança dos pacientes

e profissionais. Esse processo envolve o gerenciamento eficiente do estoque de roupas e a distribuição conforme a demanda de cada área, seguindo procedimentos rigorosos de controle, organização e manutenção.

- Garantindo que todo o enxoval esteja disponível de acordo com as necessidades específicas de cada serviço. Monitorando a qualidade e quantidade de roupas e lençóis, assegurando que estejam em boas condições de uso e atendam aos padrões de higiene e segurança estabelecidos.
- Organizando a distribuição de maneira eficiente, de modo que cada setor receba os materiais necessários, evitando excessos ou faltas.
- Realizando o controle do consumo e reposição do enxoval, garantindo que o estoque seja sempre adequado para atender à demanda sem causar desperdício.

Processo de Controle e Dispensação:

- O enxoval recebido é inspecionado para garantir que as peças estejam em boas condições e devidamente limpas.
- As roupas e lençóis são armazenados de maneira organizada, segregando os tipos de enxoval de acordo com sua função (enxoval de paciente, de profissionais, etc.).
- O armazenamento deve ser feito em locais com condições adequadas de temperatura e umidade, para evitar o desgaste precoce ou contaminação.

Inventário e Controle de Estoque:

- O controle de estoque deve ser realizado de forma rigorosa, com inventários periódicos, geralmente semestrais, para garantir que os itens sejam repostos a tempo.
- Sistemas manuais e ou informatizados de controle de estoque podem ser utilizados para facilitar a gestão, realizando o registro de entrada e saída dos enxovais.
- A implementação de dispositivos de rastreamento e codificação (como etiquetas) pode ser útil para monitorar a distribuição de itens específicos e evitar perdas ou extravios.

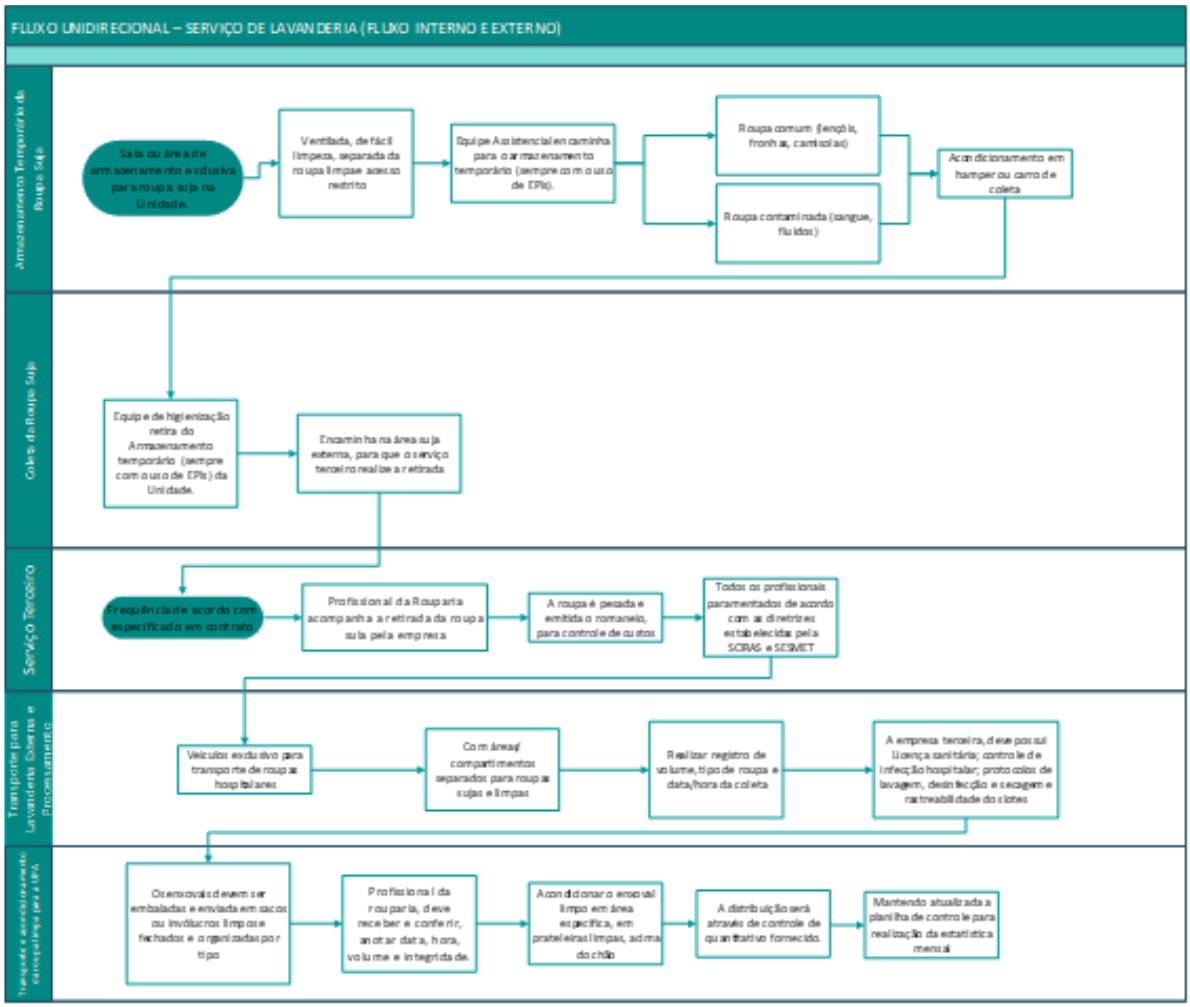
Dispensação:

- A dispensação de roupas e enxoval para as diversas áreas da unidade de saúde, deve ser realizada de acordo com a demanda das unidades. Cada setor solicita o material necessário, e a central de distribuição faz a entrega no horário estabelecido.
- O processo de dispensação envolve a conferência do tipo de enxoval solicitado, quantidades e a condição das peças, assegurando que o material esteja adequado para uso.
- O enxoval deve ser entregue em quantidades que atendam às necessidades diárias, evitando excessos que possam gerar desperdício ou falta de reposição.

Controle de Consumo:

- O consumo do enxoval deve ser monitorado periodicamente para identificar padrões e ajustar a quantidade de material dispensado.
- A cada entrega de enxoval, é importante que a unidade receptora registre as peças recebidas, realizando um controle de saída por meio de fichas ou sistemas informatizados.

Fluxo Unidirecional para Roupas/ Enxoval



- Composição da equipe de profissionais:

✓ Auxiliar de Rouparia/ Auxiliar de Serviços Gerais: responsável por receber as roupas limpas da empresa terceirizada, conferir a quantidade e as condições dos itens entregues; organizar o armazenamento das roupas limpas e a separação conforme o tipo (lençóis, camisolas, campos, toalhas, jalecos, etc.); realizar a distribuição diária do enxoval aos setores da unidade, conforme a demanda; coletar e acondicionar corretamente as roupas sujas em recipientes específicos, garantindo o fluxo unidirecional e seguro até a retirada pela empresa contratada; manter os registros de entrada e saída de roupas, contribuindo para o controle de estoque e reposição.

***Horário de funcionamento: 24 horas todos os dias da semana.**

2.21 FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE

A gestão dos resíduos de serviços de saúde (RSS) em uma Unidade de Pronto Atendimento São Vicente deve seguir o princípio do fluxo unidirecional, garantindo que os resíduos percorram uma trajetória segura e progressiva, da geração até a destinação final, sem cruzamentos com áreas limpas ou de assistência direta ao paciente. Essa lógica é essencial para a biossegurança, prevenção de contaminações cruzadas e conformidade com as normas da Vigilância Sanitária e do meio ambiente.

A lógica do fluxo unidirecional deve ser aplicada a todas as etapas do gerenciamento de resíduos, desde o ponto de geração até sua saída da unidade para tratamento e disposição final, evitando retorno ou cruzamento com áreas assistenciais.



Fonte: Horizonte Ambiental, 2023

O serviço de coleta, transporte e manejo de resíduos deve estar plenamente inserido no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). Este documento é essencial para descrever todas as etapas do manejo dos resíduos sólidos gerados nos serviços de saúde, abrangendo desde a segregação até a disposição final. O plano deve considerar as características e os riscos dos resíduos, adotar medidas de proteção à saúde e ao meio ambiente, e seguir os princípios da biossegurança, por meio de normas técnicas, administrativas e operacionais, visando à prevenção de acidentes e à segurança ocupacional.

De acordo com a RDC ANVISA nº 306/04, o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) consiste em um conjunto de procedimentos planejados e sistematizados, baseados em fundamentos científicos, técnicos, legais e normativos. Seu principal objetivo é minimizar a geração de resíduos e garantir um manejo seguro, eficiente e ambientalmente responsável, protegendo trabalhadores, a saúde pública e os recursos naturais, tem por objetivos o gerenciamento eficaz dos resíduos de serviços de saúde visa:

- Reduzir a geração de RSS;
- Planejar ações que eliminem fontes de contaminação e reduzam acidentes de trabalho;
- Estimular a reciclagem de resíduos comuns não contaminados;
- Promover a capacitação dos profissionais envolvidos no manejo de resíduos;
- Colaborar com a preservação ambiental;
- Minimizar acidentes ocupacionais relacionados ao manuseio inadequado dos resíduos.

Os fundamentos para o manejo de resíduos e o de compreender adequadamente os processos envolvidos, é necessário conhecer alguns conceitos básicos:

Reduzir: Conjunto de ações voltadas à minimização da geração de resíduos e dos impactos ambientais, como economia de recursos naturais, racionalização do uso de materiais e substituição de insumos perigosos.

Reutilizar: Uso repetido de materiais sem necessidade de reprocessamento. Exemplo: folhas impressas usadas como rascunho.

Reciclar: Processo que transforma resíduos em novos produtos, mediante reprocessamento. Embora útil, consome energia e pode gerar resíduos secundários.

Resíduos Sólidos: Conforme a NBR 10004/ABNT, são resíduos nos estados sólidos ou semissólidos gerados por atividades industriais, hospitalares/ unidades de saúde, comerciais e domiciliares, incluindo lodos e líquidos que não possam ser descartados em sistemas convencionais de esgoto ou corpos hídricos sem tratamento específico.

Segundo a Resolução CONAMA nº 358/2005, são considerados Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) todos aqueles provenientes de atividades médico-assistenciais humanas ou veterinárias, além de outras atividades relacionadas à saúde, pesquisa e diagnóstico. Os RSS incluem:

a) Resíduos gerados por unidades de atendimento à saúde humana ou animal, incluindo serviços domiciliares e em campo;

b) Resíduos oriundos de centros de pesquisa, desenvolvimento ou experimentação na área da saúde e farmacologia;

c) Medicamentos e imunoterápicos vencidos, deteriorados ou fora de especificação;

d) Resíduos provenientes de necrotérios, funerárias e atividades de embalsamamento (como tanatopraxia e somatoconservação);

e) Resíduos gerados por serviços de medicina legal, drogarias e farmácias de manipulação;

f) Estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde, bem como centros de controle de zoonoses;

g) Resíduos oriundos de distribuidores, importadores e produtores de materiais e insumos para diagnóstico in vitro;

h) Unidades móveis de saúde, serviços de acupuntura, tatuagem e procedimentos similares;

i) Resíduos gerados por barreiras sanitárias.

O manejo dos resíduos de serviços de saúde envolve todas as ações de gerenciamento realizadas desde a geração até a disposição final dos resíduos, tanto dentro (intra) quanto fora (extra) do estabelecimento de saúde. As principais etapas são:

Segregação: Separação dos resíduos no momento e local de sua geração, conforme suas características físicas, químicas e biológicas, bem como os riscos associados;

Acondicionamento: Embalagem dos resíduos segregados em sacos ou recipientes apropriados, resistentes a vazamentos, ruptura e perfuração, de acordo com a quantidade e tipo de resíduo gerado;

Identificação: Rotulagem adequada dos recipientes com símbolos e informações que indiquem o tipo de resíduo, facilitando o manuseio correto e seguro;

Transporte Interno: Deslocamento dos resíduos das áreas geradoras até os locais de armazenamento temporário ou externo, obedecendo aos critérios de segurança e prevenção de riscos;

Armazenamento Temporário: Estocagem dos resíduos em recipientes fechados, localizados próximos aos pontos de geração, de forma organizada, sem contato direto com o piso, aguardando a coleta interna;

Armazenamento Externo: Guarda dos resíduos já acondicionados em ambiente exclusivo e seguro, com acesso facilitado para veículos de coleta externa;

Tratamento: Aplicação de tecnologias ou processos que neutralizem, reduzam ou eliminem os riscos biológicos, químicos ou físicos dos resíduos antes de sua disposição final;

Coleta e Transporte Externos: Etapa final do manejo, que consiste na remoção dos resíduos do abrigo externo até a unidade de tratamento ou disposição final, respeitando as normas sanitárias e ambientais vigentes, garantindo a segurança dos trabalhadores e da população.

A destinação final dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) consiste na disposição dos resíduos em locais licenciados por órgão ambiental competente, de acordo com a classificação e periculosidade de cada grupo. Esses locais devem atender aos critérios técnicos de construção, operação e controle, garantindo a segurança ambiental e sanitária.

O armazenamento temporário dos resíduos ocorre de forma integrada aos expurgos das unidades e serviços, sendo este um espaço intermediário onde os resíduos permanecem acondicionados de forma segura até a coleta interna. Os resíduos devem ser armazenados em recipientes adequados, mantidos fechados, identificados e separados por tipo, respeitando os critérios de biossegurança.

A coleta interna é de responsabilidade do Serviço de Higienização e Limpeza e compreende duas operações principais:

- Transferência dos resíduos sólidos comuns, infectantes, químicos, recicláveis e perfurocortantes das unidades geradoras para o armazenamento temporário (expurgo);

- Movimentação dos contêineres de resíduos infectantes do expurgo para a área de armazenamento externo, respeitando horários definidos e os procedimentos de biossegurança.

Essa etapa visa garantir o fluxo eficiente dos resíduos dentro do estabelecimento, evitando acúmulos e prevenindo riscos de contaminação.

A higienização dos carros coletores deve ser realizada diariamente, com rigor técnico e uso obrigatório de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados. O procedimento deve seguir as instruções do Serviço de Controle de Infecção Relacionadas Assistência de Saúde (SCIRAS), utilizando os produtos recomendados para garantir a segurança dos trabalhadores e evitar a proliferação de microrganismos.

O armazenamento externo é o local onde os resíduos permanecem acondicionados até a coleta por empresa especializada, contratada pela Prefeitura Municipal ou entidade responsável. As áreas externas (abrigos) são organizadas e sinalizadas conforme os grupos de resíduos:

- Grupo A – Infectantes
- Grupo B – Químicos
- Grupo D – Comuns e recicláveis

Cada abrigo deve atender aos requisitos legais e possuir infraestrutura apropriada para evitar vazamentos, acesso indevido, exposição ao sol ou intempéries, garantindo segurança até o transporte externo.

A coleta externa corresponde à remoção dos resíduos armazenados no abrigo externo, realizada por empresa terceirizada e licenciada. O transporte é feito por veículo coletor adequado, seguindo as normas técnicas e sanitárias, com encaminhamento dos resíduos para os respectivos destinos:

- Tratamento (quando aplicável)
- Disposição final em aterros sanitários licenciados ou outras formas regulamentadas.

Segregação e acondicionamento:

Os sacos de acondicionamento devem ser constituídos de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, respeitos os limites de peso de cada saco, sendo proibido o esvaziamento ou reaproveitamento.

Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente a punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistentes ao tombamento.

A segregação dos resíduos deverá ser feita no momento da geração do mesmo, excetuando-se os resíduos de enfermagem nas unidades de internação, que são levados ao posto de enfermagem para descarte.

NOTA: Em caso de não disponibilidade em estoque de lixeiras com as cores correspondentes aos resíduos gerados no setor, a unidade de saúde pode optar por utilizar lixeiras brancas com os sacos da cor correspondente ao resíduo gerado.

Classificação dos Resíduos:

Grupo A – Infectante

SÍMBOLO	RESÍDUO	CLASSIFICAÇÃO	LOCAL DE GERAÇÃO
	Resíduos resultantes da assistência à indivíduos com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4 microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.	Infectante	Qualquer setor assistencial.
	Órgãos, tecidos, fluídos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.	Infectante	Qualquer setor assistencial.

Os resíduos do Grupo A não podem ser reciclados, reutilizados ou reaproveitados, inclusive, para alimentação animal.

Grupo B – Químico

SÍMBOLO	RESÍDUO	QUEM SÃO	LOCAL DE GERAÇÃO
	resíduos que contém substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública, ocupacional e/ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos. Enquadram-se neste grupo os seguintes resíduos:	Epinefrina Nitroglicerina Zidovudina Varfarina, lâmpadas fluorescentes, produtos químicos, metais pesados, cal sodada, reagentes do laboratório	Nutrição, hotelaria, manutenção, laboratório

O descarte deve ser realizado em sacos plásticos na cor laranja, com a devida identificação de resíduo químico.

O descarte de resíduos de medicamentos perfurocortantes deve ser realizado em caixa rígida, não necessariamente na cor laranja, porém identificado e posteriormente embalada em saco de cor laranja, devidamente identificado como resíduo químico.

Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

Todas as embalagens de resíduos químicos devem estar identificadas para serem transportados ao armazenamento externo.

Grupo C - Rejeitos Radioativos

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

Grupo D - Comum e Reciclável

SÍMBOLO	RESÍDUO RECICLÁVEIS	TIPOS
	Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde pública, ocupacional e/ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Ainda, podem ser classificados em recicláveis e não recicláveis.	Resíduos recicláveis são aqueles que constituem interesse de transformação, que tem mercado ou operação que viabiliza sua transformação industrial para, posteriormente, serem reutilizados em outros processos.

SÍMBOLO	TIPOS – RESÍDUOS COMUNS
	• Papel de uso sanitário, papel toalha usado, fralda, absorventes higiênicos; • Sobras de alimentos, resto alimentar de paciente, do preparo de alimentos; • Resíduos de varrição, flores, podas e jardins; • Isopor; • Materiais de escritório que não podem ser reciclados ou reutilizados;

PAPÉIS RECICLÁVEIS	PAPÉIS NÃO RECICLÁVEIS
• Caixas de Papelão; • Jornais; • Revistas; • Impressos em Geral; • Fotocópias; • Rascunhos; • Envelopes; • Cartões;	• Papeis sanitários sujos; • Papeis plastificados, metalizados ou parafinados; • Papel carbono; • Fotografias; • Fitas e etiquetas adesivas; • Papeis e guardanapos engordurados.

PLÁSTICOS RECICLÁVEIS	PLÁSTICOS NÃO RECICLÁVEIS
• Copos Descartáveis • Embalagens Pet • Tubos e Canos de PVC • Embalagens de Plásticos Moles • Embalagens de Shampoo e Detergente • Sacos Plásticos Diversos	• Tomadas • Embalagens de Biscoito, Balas e Doces • Mistura de Papel, Plásticos e Metal • Cabos de panela • Teclados de computador • Acrílicos

VIDROS RECICLÁVEIS	VIDROS NÃO RECICLÁVEIS
• Garrafas de vidro em geral • Potes • Cacos/quebrados • Copos • Tampas de vidro	• Espelho • Cristal • Ampolas de medicamentos • Cerâmicas • Louças • Vidros temperados planos

METAIS RECICLÁVEIS	METAIS NÃO RECICLÁVEIS
• Latas de alumínio (refrigerante) • Panelas sem cabo, esquadrias • Chapas metálicas • Tampas • Ferragens • Canos • Molduras de quadro • Latas de aço (óleo, sardinha, molho de tomate)	• Clipes • Grampos • Esponjas de aço • Latas de tinta • Latas de combustível • Pilhas

Os resíduos pertencentes ao Grupo D deverão ser acondicionados de acordo com o tipo de resíduo, conforme classificação e considerando a coleta seletiva. Assim, seguindo a padronização internacional, serão utilizados sacos nas cores da imagem:

Os seguintes critérios ainda deverão ser seguidos:

- Todo o recipiente será fechado de forma a não possibilitar o vazamento, quando 2/3 de sua capacidade estiverem preenchidos.
- Apenas os resíduos não recicláveis serão embalados em sacos de cor preta.
- O fechamento dos sacos plásticos será feito com a torção das extremidades seguidas de dois nós, tomando-se como precaução a retirada do excesso de ar existente dentro da embalagem.
- Após o fechamento, o resíduo será encaminhado da área geradora para as áreas de acondicionamento temporário, aguardando o posterior encaminhamento ao abrigo externo.

Gruo E – Perfurocortante

SÍMBOLO	RESÍDUO	QUEM SÃO
	objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar e, por se tratarem de resíduos de materiais utilizados na assistência, são potencialmente infectantes	• Lâminas de barbear, • Bisturis, • Agulhas, • Escalpes, • Ampolas de vidro, • Outros assemelhados provenientes de serviços de saúde

- O descarte dos perfurocortantes deverá ser feito em caixas apropriadas, rígidas, resistentes a punctura e identificadas contendo simbologia de Resíduo Perfurocortante, e deverão ser retiradas quando estiverem com 2/3 de sua capacidade total preenchida.
- Os materiais perfurocortantes devem ser acondicionados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso.
- É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento.
- É proibido reencapar ou proceder a retirada manual das agulhas descartáveis.
- A recipiente de acondicionamento destes resíduos deve estar em suporte adequado ao volume da caixa e em altura apropriada para o descarte.
- Dever-se-á ser realizado o fechamento e a coleta do recipiente após 1 semana da abertura deste ou quando atingir o limite máximo de armazenamento indicado no recipiente.

Coletores utilizados para acondicionamento dos resíduos:

- GRUPOS A / D - Infectantes, Comuns e Recicláveis - Cestos com tampa e pedal.

- GRUPO B - Ampolas de Medicamentos e/ou Perfurocortantes contaminados com medicamentos - Caixas rígidas de perfurocortante não necessariamente na cor laranja e identificadas
- GRUPO B - Resíduos de medicamentos não perfurocortantes - Caixas rígidas de perfurocortante não necessariamente na cor laranja e identificadas
- GRUPO B - Medicamentos perigosos - Caixas rígidas de perfurocortante com identificação de resíduos de medicamentos perigosos
- GRUPO B - Lâmpadas Fluorescentes - Container apropriado com carvão ativado para conter mercúrio vazado.
- GRUPO B - Pilhas e Baterias - Saco laranja + Lixeira adequada característica para Pilhas e Baterias.
- GRUPO B - Cal Sodada - Saco laranja + Container Laranja de Resíduos Químicos.
- GRUPO B - Corante do laboratório - Recipiente plástico transparente fechado para líquidos.
- GRUPO E - Perfurocortantes - Caixa rígida adequada para descarte de perfurocortante.
- REE - Resíduos Eletroeletrônicos - Caixa de papelão.
- RCC - Resíduos de Construção Civil - Caçamba específica.

Coleta Interna

A coleta dos resíduos sólidos comuns, infectantes, químicos, recicláveis e os perfurocortantes são de responsabilidade da equipe de Higienização e Limpeza. O processo de coleta interna divide-se em duas partes: Coleta Interna I e Coleta Interna II.

As lâmpadas fluorescentes e seus reatores (resíduo eletrônico) são coletadas pelos oficiais de manutenção quando houver demanda, assim como os materiais contaminados com tintas, solventes, colas, graxas, óleo combustível e óleo lubrificante e os Resíduos de Construção Civil (RCC).

Os Resíduos Eletroeletrônicos são coletados pelos profissionais do setor de Tecnologia da Informação.

As caixas de perfurocortantes são fechadas pela equipe de enfermagem e após são coletadas pela higienização.

Coleta interna I

A Coleta Interna I se dá pela transferência dos resíduos do local de geração para a sala de armazenamento interno temporário (sala de resíduos).

As coletas de resíduos infectantes, comuns e recicláveis são realizadas pelos Auxiliares de Limpeza da equipe do Serviço de Higienização e Limpeza.

Os carros funcionais devem possuir tampa rígida e pedal para abertura da tampa e deverão transportar apenas um tipo de resíduo por coleta.

Etapas do processo

1º Passo: Retirar o resíduo da área de geração e encaminhar à Sala de Resíduos (DML), através dos carros funcionais.

2º Passo: Acondicionar separadamente em containers com coloração indicada para cada tipo de resíduo (comum e infectante).

Os resíduos deverão ficar armazenados dentro de um prazo máximo de 12 horas, devendo, até lá, ser realizada a Coleta Interna II.

No procedimento de Coleta Interna I, há variáveis relacionadas à quantidade de coletas realizadas por dia, sendo consideradas as quantidades armazenadas, a quantidade de procedimentos e atendimentos e/ou pacientes em observação, evitando acúmulo de resíduos nas áreas de armazenamento interno.

Medidas de proteção na coleta interna I, os EPI's utilizados são luvas nitrílicas e sapatos de segurança.

As seguintes recomendações devem ser seguidas pelos agentes responsáveis pela Coleta Interna I:

- Nunca despejar o conteúdo dos cestos em um saco maior de coleta mantendo-se o anterior;
- Após a coleta, com as mãos ainda enluvadas, proceder a higienização do EPI;
- Verificar a ocorrência de vazamentos do saco acondicionado dentro da lixeira ou carro funcional, após a retirada do saco de lixo. Se houver, encaminhar lixeira para a área de higienização (na parte externa) e proceder a higienização.

Coleta Interna II

É a transferência dos containers da sala de resíduos (DML) para o abrigo externo, para, posteriormente, ser realizada a coleta externa.

Etapas do processo:

1º Passo: Retirar o container da sala de resíduos de acordo com o horário previsto.

2º Passo: Utilizando fluxo e horários definidos pela SCIRAS para evitar cruzamento de fluxos limpos e contaminados, encaminhar o container até o abrigo externo.

3º Passo: Realizar a pesagem dos resíduos;

4º Passo: Depositar resíduos no abrigo correspondente ao resíduo armazenado e devidamente simbolizado e identificado.

5º Passo: Realizar higienização do container de transporte e retornar o container para o armazenamento interno.

Medidas de proteção na coleta interna II, durante o manuseio dos resíduos, os EPI's utilizados serão luvas nitrílicas, avental impermeável, botas de PVC cano longo, óculos de proteção e máscara PFF2. Durante o transporte do container fechado, com ou sem resíduos, as luvas nitrílicas, óculos de proteção e máscara PFF2 não são obrigatórios.

Armazenamento Externo:

A área de armazenamento externo é onde os resíduos permanecem devidamente acondicionados até que se proceda a coleta pelas empresas terceirizadas coletoras de resíduos.

Não é permitido manter resíduos fora de sacos plásticos dentro do abrigo, a disposição de sacos no chão, estes devem ser acondicionados nos containers identificados e ou paletes laváveis.

O abrigo deve contar com ambiente e área específica para armazenamento de resíduos dos grupos A e D, e área exclusiva para armazenamento de resíduos até a coleta externa.

Os abrigos devem ser construídos em alvenaria, com janela para ventilação, no mínimo de 1/20 (um vigésimo) da área do piso e paredes são de material lavável,

impermeável e liso na cor branca, resistente ao tráfego e impacto, portas devem ser vazadas possibilitando a ventilação, ralos sifonados ligados à rede de esgotos, devidamente, pontos de iluminação artificial e não há incidência de luz solar direta, identificado, com ponto de água para realizar a higienização de carros de coleta e do abrigo após a coleta externa.

Armazenamento externo de resíduos químicos - Grupo B

O abrigo para armazenamento externo de resíduos químicos atende os mesmos requisitos dos grupos A e D, acrescentando extintor de combate ao incêndio de CO_2 conforme aprovado pelo Corpo de Bombeiros do Estado de SP e local deve ser mantido trancado, o que impede o acesso de pessoas não autorizadas.

Armazenamento externo de resíduos comuns e recicláveis

O armazenamento de resíduos do Grupo D, comuns não recicláveis, em local aberto, coberto, livre de intempéries, na área de coleta do abrigo externo de resíduos, tal como os recicláveis, mas em containers de 400 litros.

Devido ao fato de estes resíduos não apresentarem riscos à saúde ocupacional ou pública, ou nocivos ao meio ambiente, também por sua característica física, consideramos esta forma de armazenamento externo válida.

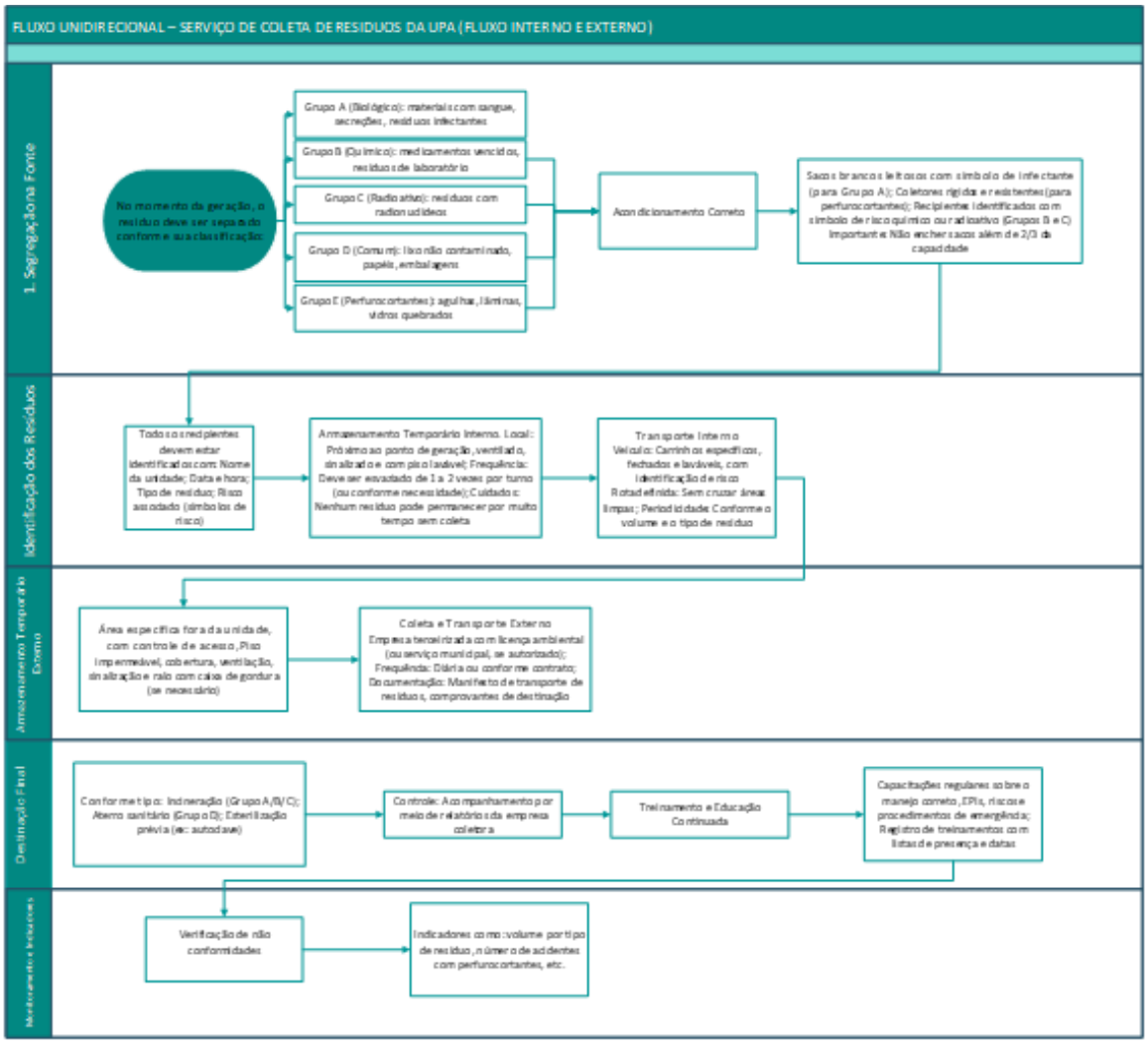
Além disso, a coleta de resíduos comuns é realizada diariamente, não permitindo a rápida putrefação e o acúmulo dos resíduos comuns.

Coleta externa

A coleta externa é o momento em que os resíduos armazenados no abrigo externo são coletados por empresas especializadas e capacitadas para coletar os diferentes tipos de resíduos e enviados para tratamento e/ou disposição final.

Tratamento e disposição final dos resíduos

Cada grupo de resíduos deve ter sua coleta, tratamento e disposição final realizado de acordo com sua periculosidade.



- Composição da equipe de profissionais:

✓ Auxiliares de Serviços Gerais: realizam a coleta interna dos resíduos nos setores da unidade (consultórios, salas de procedimento, observação, laboratório, farmácia, CME, entre outros), utilizando equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados e seguem os protocolos definidos no PGRSS para o manuseio, transporte e acondicionamento dos resíduos nos pontos de coleta temporária, identificando e separando corretamente os resíduos conforme a classificação e realizam a higienização dos coletores e áreas de armazenamento temporário conforme rotina estabelecida.

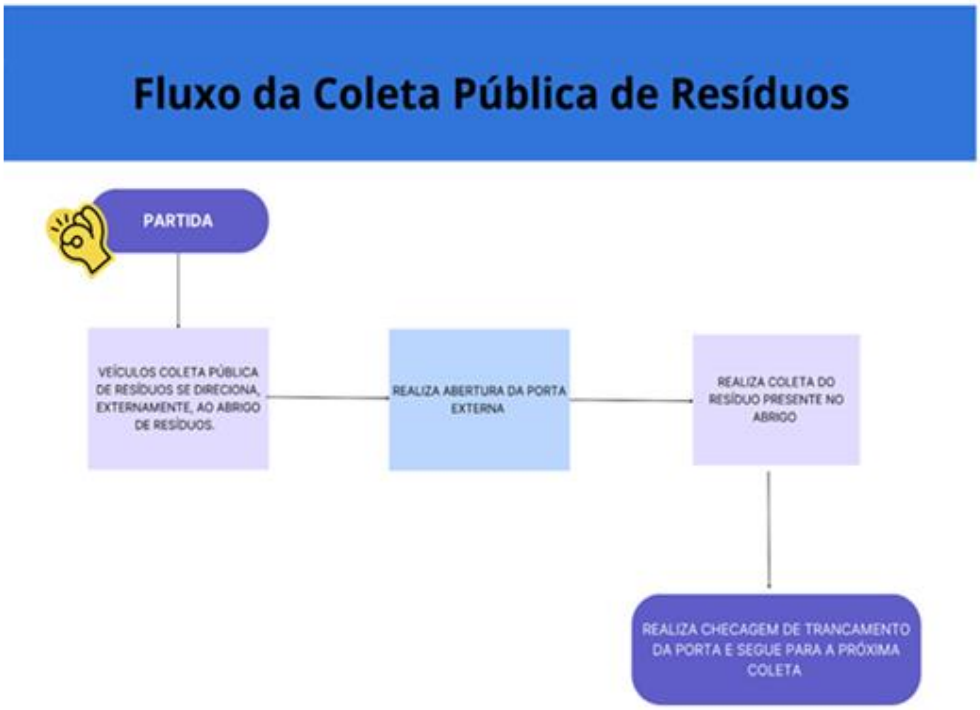
✓ Enfermeiro ou Coordenador Administrativo (responsável técnico pelo PGRSS): supervisiona o cumprimento dos procedimentos de segregação, acondicionamento, coleta e armazenamento interno;

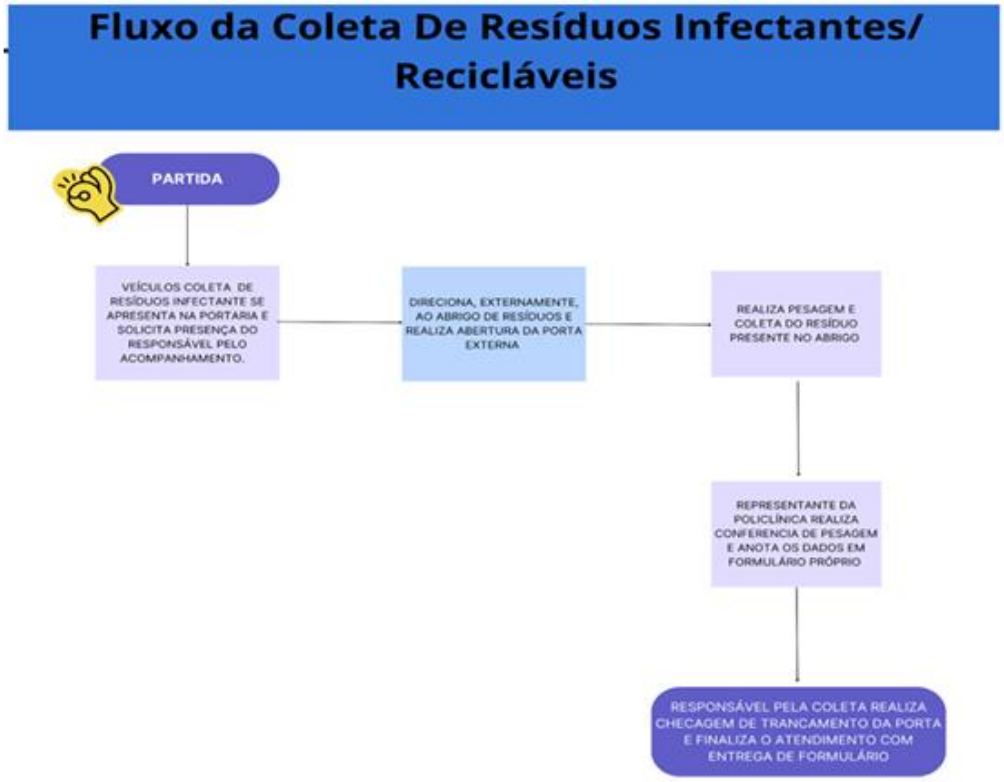
- **Coleta Externa empresa terceirizada licenciada para coleta e transporte de resíduos de serviços de saúde**

✓ Realiza a coleta externa conforme cronograma definido, recolhendo os resíduos armazenados na área de abrigo externo da UPA;

✓ É responsável pelo transporte até o destino final, seja incineração, tratamento, aterro sanitário ou outro, conforme o tipo de resíduo;

✓ Deve possuir veículos adequados, motoristas capacitados e licença ambiental atualizada, atendendo às normas da ANVISA, CONAMA e órgãos estaduais/municipais de meio ambiente e saúde pública.





***Nota: Definição de frequência, dias e horários das coletas externas, serão adaptadas a realidade local.**

2.22 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

2.22.1 Proposta Para Regimento Interno Da Unidade Pronto Atendimento

Identificação da Unidade

INSTITUIÇÃO	
CPNJ:	
NATUREZA	
ENDEREÇO	
TELEFONE	
TIPO DE ESTABELECIMENTO	

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	
TOTAL DE LEITOS	
SALA DE EMERGÊNCIA/ URGÊNCIA	
LEITOS DE OBSERVAÇÃO ADULTO	
LEITOS DE OBSERVAÇÃO PEDIATRICA	
SALA DE CURATIVO/ PROCEDIMENTOS	
SALAS DE MEDICAÇÃO	
ENDEREÇO VIRTUAL:	

A Identidade do serviço, que compõem a parte filosófica da instituição, constituída pelo:

Negócio: XXXX

Missão: XXXX

Visão: XXXX

Princípios institucionais/organizacionais: XXXX

*Nota: O Organograma será desenvolvido de acordo com a característica da Unidade.

CAPITULO I - DO CONTRATO DE GESTÃO

O contrato de gestão Nº XXX datado de XXX, seus anexos técnicos e aditivos são instrumentos que outorgam à Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) poder de gestão do serviço e estabelecem todas as condições operacionais acerca da produção de serviços e custeio da atividade. Dada a relevância do contrato de gestão ele é parte integrante deste Regimento.

Da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL)

a) Prestar e promover assistência à educação, à saúde e a serviços médico-hospitalares a quantos procurarem seus serviços, sem distinção de

nacionalidade, raça, credo religioso, opinião política ou qualquer outra condição, tanto em regime de internação, quanto ambulatorial;

b) Prestar assistência social, por meio de unidades de saúde e outras atividades que ajudem a comunidade a se realizar;

c) Desenvolver, direta ou indiretamente, a pesquisa, tanto pura quanto aplicada, sobretudo em seus estabelecimentos, para favorecer o aperfeiçoamento das atividades da saúde, inclusive promovendo ou participando de campanhas específicas para assuntos de seu interesse e da coletividade a que atende;

d) Levar a efeito atividades de saúde comunitária, com vistas à prevenção da doença, orientação sanitária e imunização.

CAPÍTULO II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º – Este Regimento Interno estabelece as normas de organização, funcionamento, responsabilidades e condutas da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), visando à garantia da assistência integral, resolutiva, humanizada e segura aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º – A Unidade Pronto Atendimento é integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com funcionamento ininterrupto (24h/dia, 7 dias/semana), prestando atendimento intermediário entre a Atenção Básica e os serviços hospitalares.

CAPÍTULO III – DA FINALIDADE E DOS OBJETIVOS

Art. 3º – São finalidades da Unidade Pronto Atendimento:

I – Ofertar atendimento de urgência e emergência de forma resolutiva e qualificada.

II – Atuar como porta de entrada preferencial para casos agudos clínicos, traumáticos e condições de risco.

III – Integrar-se à rede regionalizada de saúde, articulando fluxos com os serviços de regulação, transporte e retaguarda hospitalar.

Art. 4º – São objetivos:

I – Promover o acolhimento com classificação de risco.

II – Reduzir filas hospitalares e internações desnecessárias.

III – Garantir a continuidade e a integralidade do cuidado.

IV – Promover educação permanente e gestão baseada em indicadores.

CAPÍTULO IV – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º – A UPA é composta pelas seguintes áreas funcionais

I. Recepção e Acolhimento: Responsável pelo atendimento inicial dos usuários, registro dos dados, orientações básicas e encaminhamento para a ACCR, promovendo um atendimento humanizado e eficiente.

II. Classificação de Risco (ACCR): Realiza a avaliação rápida dos pacientes conforme protocolos estabelecidos para definir a prioridade do atendimento, garantindo que os casos mais graves sejam assistidos imediatamente.

III. Consultórios Médicos e de Enfermagem: Local destinado à realização das consultas, avaliações clínicas e procedimentos básicos, onde os profissionais definem diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes.

IV. Sala de Medicação, Curativos e Procedimentos: Área dedicada à administração de medicamentos, realização de curativos e procedimentos de enfermagem, assegurando a segurança e eficácia das intervenções.

V. Sala de Emergência/Urgência: Ambiente equipado para atendimento imediato e estabilização de pacientes em situação crítica, com recursos para suporte avançado de vida.

VI. Leitos de Observação (Adultos e Pediátrico): Espaço destinado à monitorização e cuidado de pacientes que necessitam de observação prolongada, visando a estabilização clínica antes de alta ou transferência.

VII. Apoio Diagnóstico (Raio-X, USS, ECG e Laboratório): Serviços complementares que fornecem exames de imagem e laboratoriais essenciais para o diagnóstico e monitoramento dos pacientes.

VIII. Farmácia: Responsável pela dispensação de medicamentos, controle de estoque e orientação sobre o uso correto dos fármacos.

IX. Apoio Administrativo e Técnico (NEP, CCIH, SESMT, Qualidade): Conjunto de setores que garantem a gestão, capacitação, controle de infecções, segurança do trabalho e a manutenção dos padrões de qualidade da unidade.

X. Apoio Psicossocial: Atua no acolhimento, suporte emocional e orientação social dos pacientes e familiares, promovendo a humanização do atendimento.

XI. Comunicação: Compete fortalecer a comunicação e a imagem do serviço junto à comunidade em geral, às instituições de classe, aos clientes internos e externos.

XII. Recrutamento e Seleção: Prover profissionais qualificados para suprir, em tempo, as vagas de trabalho abertas pela unidade de saúde. Avaliar perfil e emitir laudo dos candidatos.

XIII. Administração de Pessoal: Responsável pela admissão, compensação e desligamento de pessoal, ou seja, todo processo de acompanhamento da relação contratual do profissional com o serviço. Representar o serviço junto aos órgãos oficiais (DRT, Sindicato, Justiça do Trabalho, etc.).

XIV. Segurança e Medicina de Trabalho (SESMT): Deve promover o mais alto grau de bem-estar físico, mental e social aos trabalhadores, prevenir os desvios de saúde e proteger os trabalhadores dos riscos resultantes dos agentes agressores no ambiente de trabalho.

XV. Financeiro: Responsável pela administração de recursos financeiros, planejando e executando as políticas que vão assegurar fluxo adequado de pagamento a fornecedores e prestadores de serviço, maximizando as receitas disponíveis.

XVI. Faturamento: Responsável pelo processamento, cobrança e recebimento das contas hospitalares dos pacientes, internos e externos, do sistema único de saúde.

XVII. Contabilidade: Responsável por registrar e monitorar toda ação econômica que resulte em compromisso financeiro perante terceiros seja para pagamento ou recebimento de recursos, subsidiando os gestores com informações pertinentes.

XVIII. Custos: Responsável por gerar informações sobre a utilização de recursos e contribuição de resultado gerado em cada serviço da unidade de saúde, precificação, apuração e análise de desempenho de serviços existentes e novos projetos.

XIX. Patrimônio: Responsável por catalogar e controlar todos os bens patrimoniais. Proceder a controles de inclusão, transferência e baixa dos bens próprios e de terceiros sob guarda.

XX. Tecnologia da Informação: Prover sistema de informações adequado e seguro necessário aos serviços prestados. Responsável pela assistência técnica de software e hardware, atualização de sistemas operacionais, procedimentos de segurança e preservação de informações e avaliação de novas tecnologias.

XXI. Hotelaria: Responsável pelo gerenciamento da interface dos serviços de apoio com o objetivo de garantir qualidade do atendimento ao cliente através dos meios de hospedagem oferecidos.

XXII. Nutrição e Dietética: Prover alimentação adequada aos usuários do serviço. Realiza a produção e a distribuição de todos os alimentos, avalia, acompanha e orienta nutricionalmente os pacientes internados nas diversas clínicas, bem como fornece alimentação aos profissionais e acompanhantes.

XXIII. Processamento de Roupas: Prover roupa necessária aos serviços prestados. Realiza a coleta, transporte e separação de roupa suja, bem como o processamento de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

XXIV. Segurança: Manter a ordem e zelar pelos bens patrimoniais da instituição. Responsável por controlar acessos e fluxos (pessoas e bens).

XXV. Higiene e Limpeza: Prover ambiente limpo e seguro necessário aos serviços prestados. Planeja e executa todas as atividades relacionadas à preservação, limpeza, desinfecção, tratamento e manutenção de piso, parede e mobiliário, faz coleta de resíduos.

XXVI. Compras: Prover o abastecimento de insumos adequados e seguros necessários aos serviços prestados. Responsável por assegurar a melhor relação preço e qualidade pertinentes ao orçamento do serviço.

XXVII. Almoxarifado: Responsável pelo recebimento, guarda, controle e distribuição dos insumos necessários ao funcionamento do serviço observando condições técnicas e de segurança pertinentes.

XXVIII. Farmácia: Prover medicamentos adequados e seguros necessários aos serviços prestados pelo serviço. Responsável por programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos e correlatos e manipular fórmulas magistrais.

XXIX. Infraestrutura: Prover instalações adequadas e seguras necessárias aos serviços prestados pelo serviço. Adequação e manutenção de ambientes da unidade de saúde em conformidade com os requisitos da RDC50. Conservação, recuperação e vistoria (laudo técnico) dos equipamentos, sistemas ou instalações do serviço, com a finalidade de garantir sua completa operacionalidade.

XXX. Engenharia Clínica: Assegurar que todos os equipamentos de suporte à vida estejam em pleno funcionamento e acompanhar toda questão preventiva e corretiva dos mesmos. Manter controle dos laudos técnicos de funcionamento, localização e calibração.

XXXI. Atendimento/ Recepção: Executar o atendimento a pacientes, acompanhantes e demais pessoas que buscarem contato com o serviço. Responsável por processar os registros e encaminhamentos adequados e seguros de todos os atendimentos.

XXXII. Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU: Atuar como canal de comunicação entre cliente com o serviço. Receber e dar o encaminhamento adequado e seguro a toda manifestação registrada ou verbal que seja feita envolvendo o serviço, seus serviços e profissionais. Responsável por pesquisar e medir o grau de satisfação dos clientes e prover informações as Diretorias e demais lideranças do serviço.

XXXIII. Serviço Social: Prestar assistência social aos pacientes e profissionais do serviço, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço.

XXXIV. Arquivo e Estatística: Zelar pela preservação do prontuário e qualidade dos registros. Assegurar o fluxo e guarda do prontuário do paciente, conforme legislações e normas estabelecidas, bem como compilação de dados estatísticos.

XXXV. Diagnóstico por Imagem e Traçados: Composto por Radiologia, Eletrocardiograma, e outros que por ventura venham ser implantados.

XXXVI. Laboratório De Análises Clínicas: Serviço destinado a análise laboratorial dos componentes do organismo, por meio de exames de sangue, urina, etc.

XXXVII. Psicologia: Prestar atendimento psicológico aos pacientes internados e seus familiares utilizando psicoterapia breve e focal bem como contribuir para a melhoria do nível de saúde mental, aderência ao tratamento e reabilitação sócio psicológica.

CAPÍTULO V – DA ORGANIZAÇÃO ESTRATEGICA

Art. 6º - Organização Sede/ Diretoria Executiva

I. Compete nomear diretores, acompanhar e orientar todo o processo de gestão, nos assuntos administrativos de complexidade e relevância. Controlar e assegurar o bom desempenho do serviço

II. Apoio Técnico, profissionais especialistas das áreas médica, de enfermagem, contabilidade, finanças, administração geral, administração de pessoal, gestão da qualidade, abastecimento, gestão de suprimentos e outros, compõem a equipe de Apoio Técnico. Através de visitas periódicas, esses profissionais orientam e participam do processo de gestão do serviço.

III. Advogados da Sede orientam todas as demandas jurídicas. O serviço poderá contar com apoio de advogados locais, porém, sob supervisão do Jurídico da Sede, ao qual compete:

- Avaliar todos os contratos de prestação de serviços que a Unidade mantém com terceiros;
- Defender os interesses do serviço, judicial e extrajudicialmente;

- Atuar em todas as ações em que a unidade de saúde for sujeito ativo ou passivo;
- Orientar o serviço sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras;
- Emitir pareceres sobre questões inerentes ao serviço, na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;
- Acompanhar e orientar a Unidade junto ao sindicato patronal nas negociações referentes às Convenções Coletivas de Trabalho.

*Nota: Outros serviços poderão ser processados diretamente pela Sede, conforme a característica do serviço. Neste caso serão descritos neste item.

Art. 7º – Qualidade Integrada à Gestão

A gestão da unidade de saúde está alinhada as ações de identificação e implementação de melhorias da qualidade nos processos operacionais e boas práticas aplicadas aos serviços, bem como às diretrizes corporativas estabelecidas pela Sede da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL).

O serviço identifica a totalidade de seus processos de trabalho por meio do mapeamento setorial e das possíveis interações administrativas ou técnicas (fornecedores e clientes), objetivando com isto o estabelecimento de controles e critérios padronizados para desempenho da assistência como um todo. A busca pelo alcance das metas estabelecidas é a evidência do comprometimento do serviço com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Os objetivos da qualidade foram estabelecidos com base no planejamento estratégico do serviço, desdobrados em metas, indicadores e ações as quais deverão ser observadas e cumpridas integralmente, conforme requisitos contratuais acordados com as partes interessadas.

Cumprimento integral das obrigações contratuais, para prover serviços de qualidade na assistência por meio de sua infraestrutura, profissionais capacitados, recursos tecnológicos, sustentabilidade e atendimento às legislações da saúde, a gestão deve assegurar o cumprimento integral das obrigações contratuais, garantindo assim, o pleno atendimento das necessidades e expectativas de seus clientes e partes

interessadas. Dentre as obrigações contratuais podem ou devem ainda constar, as seguintes premissas:

I. Viabilidade Econômica: com o intuito de propiciar uma estrutura de saúde sólida e perene, é fundamental que haja por parte da gestão uma preocupação em assegurar o equilíbrio econômico-financeiro da instituição, por meio das devidas alocações específicas de recursos que garantam o atendimento aos requisitos da qualidade do serviço.

II. Auditorias (internas e externas) e certificações: o serviço mede seu grau de aderência a padrões de qualidade por meio de avaliação e aplicação dos requisitos em seus processos/atividades de atendimento ao paciente/cliente, objetivando a excelência dos serviços prestados, contando sempre que possível, com sua adesão a programas de qualidade objetivando a melhoria contínua.

III. Treinamento e Desenvolvimento: a qualidade dos serviços oferecidos somente será alcançada caso haja o desenvolvimento e aprimoramento de seu capital intelectual. Promovendo treinamento o serviço visa a disseminação do conhecimento por meio de cursos de capacitação, aperfeiçoamento técnico e reciclagem de conceitos junto a seus profissionais.

IV. Satisfação do paciente/cliente: colocamos as expectativas dos nossos clientes externos e internos no ponto central da nossa atuação. O nosso sucesso é medido através da satisfação dos clientes com os nossos serviços, e da sua fidelidade em relação à instituição.

V. Responsabilidade Socioambiental: buscamos conquistar a confiabilidade junto à comunidade por meio do nosso compromisso na gestão das questões ambientais e sociais. A utilização responsável dos recursos durante todo o ciclo de vida dos nossos serviços aumenta a nossa credibilidade e sustentabilidade perante a sociedade e meio ambiente.

VI. Humanização: uma das premissas mais importantes para o serviço é a Humanização, conceito que busca acolher e envolver os pacientes/clientes de forma que sua estadia e recuperação ocorram dentro de um ambiente de respeito e sensibilidade.

Art. 8º Estrutura do NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

A qualidade em um conceito maior foi traduzida no modelo de gestão da BHCL no conjunto de várias ações que somadas originaram o NQSP, que tem em sua base as políticas de segurança do paciente instruídas pelo Ministério da Saúde. Pode estar constituída por: médico, enfermeiro, diretor geral e especialista em qualidade. O objetivo final é assegurar a qualidade e a segurança ao paciente/cliente que recebe prestação dos serviços na unidade de saúde.

A responsabilidade e autoridade do pessoal que administra, desempenha e verifica atividades que influenciam os resultados de processos e desempenho no tocante à qualidade dos serviços prestados, sejam eles relativos à assistência, apoio e/ ou às rotinas administrativas, estão definidas nas descrições de cargo e representada no organograma.

Membros individuais da organização podem assumir mais de uma responsabilidade. Na ausência de qualquer titular de uma atividade específica, esta estará automaticamente delegada ao seu superior imediato ou pessoa designada.

CAPÍTULO VI – DA ORGANIZAÇÃO DOCUMENTAL

Art. 9º - É a intenção deste Regimento de Gestão, normatizar a hierarquia de documentos existente nos hospitais:

I. Circular Normativa: Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria referente à assuntos de interesse comum a toda a Instituição.

II. Políticas: Documento que declara e institui as intenções, diretrizes, regras, normas e responsabilidades da Diretoria, em relação às suas estratégias e objetivos, bem como, determina a estrutura e recursos para sua implementação.

III. Regimento de Gestão: Documento que descreve o sistema de gestão de uma organização de acordo com os padrões e normas de referência.

IV. Regimentos Obrigatórios: São os regimentos exigidos por força da lei, normalmente relativos às comissões obrigatórias e integram a ata de abertura das mesmas.

V. Protocolos Clínicos: Recomendações desenvolvidas sistematicamente, para auxiliar no manejo de um problema de saúde, dentro de uma circunstância clínica

específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica (embasados em evidência).

VI. Protocolos De Segurança Do Paciente: Definição de conduta objetiva atribuída aos profissionais no âmbito da atenção à saúde. Representa o resultado de consenso técnico-científico formulado dentro de parâmetros de qualidade, precisão de identificação e metodologia.

VII. Manuais Institucionais: Documento que descreve de modo amplo orientações de todas as etapas de um processo sistêmico (abrangência institucional) que compõem o Sistema de Gestão.

VIII. Mapa de Processos: Documento que descreve o conjunto de atividades inter-relacionadas, em sua sequência lógica, que transformam as entradas (fornecedores e insumos) em saídas (produtos e clientes) que deve agregar valor na percepção dos clientes, mencionando seus indicadores de desempenho para proporcionar sua gestão.

IX. Manuais Técnicos: Documento que descreve de modo amplo todas as etapas de um processo de abrangência setorial, ou seja, documentos com aplicação específica.

X. Procedimentos Operacionais Padrão (POPs): Documentos que descrevem com adequado grau de detalhamento a forma específica de executar uma atividade de um processo, setor ou área especificamente.

XI. Registros: É um tipo de documento que apresenta os resultados obtidos ou fornece evidências de atividades realizadas, que pode ser escrito ou automatizado sendo: notas, relatórios, lista de presença, pedido de compras, guias, formulários preenchidos e outros.

Os documentos são elaborados, aprovados e controlados conforme diretrizes da OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) - Controle de Documentos e Registros, e suas atualizações. O procedimento adotado também contempla a clara identificação das alterações, garantindo a todos os envolvidos a disponibilização da última revisão nos locais de trabalho, onde são necessários para orientar o desenvolvimento das atividades e que os considerados obsoletos sejam prontamente retirados do uso.

Os registros são estabelecidos e mantidos quanto à sua Identificação, Armazenamento, Proteção, Recuperação, Tempo de Retenção e Disposição dos registros e documentos internos e externos utilizados pelos diversos processos identificados, também descritos no supracitado procedimento de gestão.

CAPÍTULO VII – DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 10º - A equipe multiprofissional da UPA será composta, de forma escalonada, por:

I. Coordenador Geral da Unidade
II. Coordenadores (RTs) de Enfermagem e Médico
III. Médicos plantonistas
IV. Enfermeiros e técnicos de enfermagem
V. Assistente social
VI. Psicólogo
VII. Farmacêutico
VIII. Técnico de radiologia
IX. Equipe de apoio laboratorial
X. Equipe administrativa
XI. Auxiliares de limpeza, manutenção, segurança, recepção

CAPÍTULO V III– DOS DIREITOS E DEVERES DOS PROFISSIONAIS

Art. 11º – São direitos dos profissionais:

I – Condições adequadas de trabalho.

II – Acesso a capacitação e educação permanente.

III – Ser tratado com respeito e dignidade.

Art. 12º – São deveres:

I – Cumprir normas éticas, técnicas e regimentais.

II – Zelar pela segurança dos pacientes e pela imagem institucional.

III – Participar de treinamentos, reuniões e avaliações periódicas.

CAPÍTULO IX – DOS DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS

Art. 13º – São direitos dos usuários:

I – Atendimento digno, seguro, sem discriminação.

II – Ser informado sobre seu estado de saúde e plano terapêutico.

III – Ter acesso a ouvidoria ou canal de escuta qualificada.

Art. 14º – São deveres:

I – Respeitar normas da unidade e os profissionais.

II – Apresentar-se com documentação necessária.

III – Colaborar com a preservação do ambiente e do patrimônio.

CAPÍTULO X – DO FUNCIONAMENTO E ROTINAS

Art. 15º – A UPA funciona 24 horas, todos os dias do ano.

Art. 16º – Os fluxos assistenciais e administrativos devem seguir diretrizes institucionais, protocolos clínicos, regulamentos da SES ou OSS e normas da vigilância sanitária.

Art. 17º – A escala de plantão deve ser publicada mensalmente, contemplando cobertura assistencial contínua.

CAPÍTULO XI – DAS COMISSÕES E NÚCLEOS

Art. 18º – A UPA contará com comissões permanentes, tais como:

I. Comissão de Controle de Infecção Relacionadas Assistência em Saúde (CCIRAS)

II. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP)

III. Comissão de Revisão de Óbitos (CRO)
IV. Comissão de Ética Médica (CEM)
V. Comissão de Ética de Enfermagem (CEE)
VI. Comissão Interna de Acidentes (CIPA)
VII. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)
VIII. Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT)
IX. Comissão de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (CRSSS)
X. Núcleo de Educação Permanente (NEP)
XI. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)
XII. Núcleo de Vigilância Epidemiologica (NVE)
XIII. Núcleo Interno de Regulação (NIR)

CAPÍTULO XII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19º – Casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Coordenação Geral da UPA em consonância com a legislação vigente.

Art. 20º – Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela gestão da unidade, podendo ser revisado anualmente ou sempre que necessário.

CAPITULO XIII – DA HOMOLOGAÇÃO

Homologado pelo Diretoria da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) e Gestor da Unidade

Cidade, _____/_____/_____.

_____

Diretoria Executiva da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL)

_____

Gestor da Unidade da Unidade

2.22.2 Proposta para Regimento do Corpo Clínico

CAPITULO I - IDENTIFICAÇAO

INSTITUIÇÃO	
CPNJ:	
NATUREZA	
ENDEREÇO	
TELEFONE	
TIPO DE ESTABELECIMENTO	
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	
TOTAL DE LEITOS	
SALA DE EMERGÊNCIA/ URGÊNCIA	
LEITOS DE OBSERVAÇÃO ADULTO	
LEITOS DE OBSERVAÇÃO PEDIATRICA	
SALA DE CURATIVO/ PROCEDIMENTOS	
SALAS DE MEDICAÇÃO	
ENDEREÇO VIRTUAL:	

CAPITULO II - INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde é uma entidade de Direito Público, constituída juridicamente como (Sociedade Civil), prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade XXXXXXXXXXXXX, Estado XXXXXXXXXXX, administrada pela XXXXXX.

Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento do Corpo Clínico, que normatiza e oferece diretrizes de organização e relacionamento do serviço médico na XXXXXXXXXXX.

CAPÍTULO III - DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º Os médicos nortearão seus atos pelos princípios do humanismo, do Código de Ética Médica e vocação da Unidade,

Art. 2º O trabalho médico será desenvolvido sob duas regras fundamentais:

I.A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;

II. O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual ele deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3º Os médicos deverão buscar, de forma permanente:

I. Proporcionar aos pacientes um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica;

II. Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde;

III. Aprimorar seus conhecimentos médicos mediante programas de educação continuada;

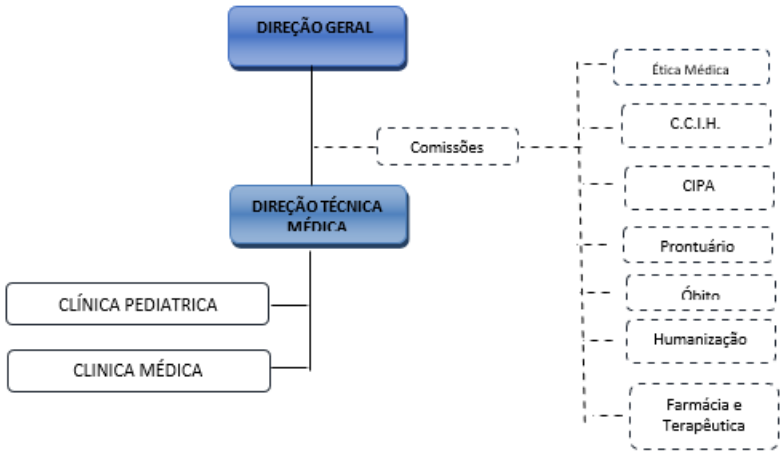
IV. Conseguir condições dignas de trabalho e remuneração, de forma hierarquizada e respeitosa.

Parágrafo Único: Os atendimentos respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria Técnica e Geral, ressalvados os casos de urgência e emergência.

CAPÍTULO IV - DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 4º O Corpo Clínico encontra-se administrativamente apoiado pelo Diretor Geral e Diretor Técnico, possuindo a seguinte estrutura orgânica:

ORGANOGRAMA



CAPÍTULO V - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º O Corpo Clínico representado pelo Diretor Técnico e Clínico e formado pelos médicos é um serviço autônomo orientado por este Regimento, pela legislação em vigor e pelos atos baixados pelo Conselho Federal e Regional de Medicina.

Art. 6º Cada serviço médico possuirá um representante, pertencente ao Corpo Clínico que mediante assuntos administrativos, terá poderes para representá-los em quaisquer situações que se fizerem necessárias.

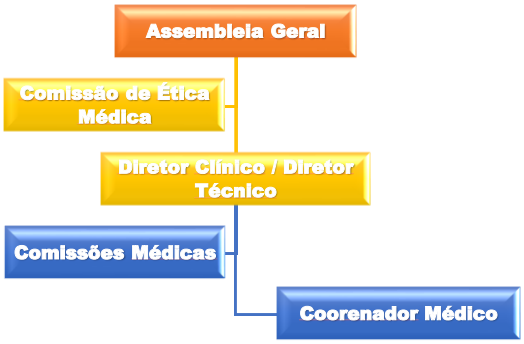
Art. 7º O Corpo Clínico, com aval do Diretor Clínico, terá quantas comissões temporárias que julgar necessárias.

Art. 8º O Corpo Clínico tem a seguinte estrutura:

I. Diretor Clínico

II. Diretor Técnico

III. Coordenadores das Clínicas



Art. 9º A Assembleia Geral, órgão decisório máximo do Corpo Clínico, será sempre presidida pelo Diretor Clínico ou seu Vice ou substitutos, e reunir-se-á ordinariamente a cada 06 (seis) meses, em março e outubro, para discutir os relatórios elaborados pelo Diretor Clínico e assuntos de interesse geral, com primeira convocação sempre com antecedência mínima de 10 (dez) dias, e quórum mínimo de 2/3 (dois terços) dos membros e das ausências não justificadas, decidindo por maioria simples de votos.

Caso o número de presentes não some os 2/3 (dois terços) dos membros, a Assembleia deverá ser cancelada e remarcada, ou poderá acontecer extraordinariamente, sem poder de voto ou decisão oficial legal.

Parágrafo Único: Poderá reunir-se extraordinariamente em qualquer época, para tratar de assuntos específicos, mediante a convocação por 2/3 (dois terços) dos seus membros ou a critério do Diretor Clínico, ou ainda, por solicitação da Diretoria Geral e/ou Técnica da Instituição. A antecedência mínima para este caso será de 24 (vinte e quatro) horas.

CAPÍTULO VI - DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

Art. 10º O Corpo Clínico será composto por membros distribuídos nas seguintes categorias:

I. Membros Honorários;

II. Membros Efetivos;

III. Membros Eventuais;

IV. Membros Residentes / Estagiários;

V. Membros Temporários.

Art. 11º São membros **honorários** os profissionais que, por relevantes serviços prestados à XXXXXXXXXXX, gozem do merecido conceito ou por se tratarem de profissionais de notório conceito nos meios científicos no país ou no exterior.

I. Para concessão do título de membro honorário, o Diretor Técnico submeterá a indicação, acompanhada de exposição de motivos e “Curriculum Vitae” do indicado, ao Corpo Clínico, que apreciará e a decisão se dará de acordo com a maioria dos votos de seus membros;

II. Aprovada a indicação, será encaminhada à Administração da XXXXXXXX, para a concessão do título.

Art. 12º São membros **efetivos** do Corpo Clínico os profissionais admitidos pela Diretoria da Instituição e pelo Corpo Clínico, na forma deste Regimento, podendo, inclusive, votar e serem votados.

Art. 13º São membros **eventuais** os médicos que esporadicamente são convidados a realizar plantões na XXXXXXXXXXXX. Poderão participar das reuniões do Corpo Clínico, mas não poderão votar, nem serem votados.

Art. 14º São membros **residentes / estagiários** os médicos vinculados à programação de ensino e treinamento, não podendo votar nem serem votados.

Art. 15º São membros **temporários** os médicos que estão exercendo suas atividades e que estão em processo de credenciamento para a efetividade no Corpo Clínico, contudo, estão ainda dentro dos 60 (sessenta) dias solicitados pela Comissão de Ética para oficialização da inclusão.

CAPÍTULO VII - DA ADMISSÃO

Art. 16º O pretendente a ingressar no Corpo Clínico deverá dirigir-se ao Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico, mediante requerimento escrito, com experiência profissional comprovada, tendo anexados os seguintes documentos:

I. *Curriculum Vitae;*

II. Cópia autenticada do Diploma de Médico;

III. Cópia autenticada do Título de Especialista;

IV. Cópia autenticada de Certificados de Cursos;

V. Cópia das folhas 2, 3 e 5 da Carteira do CRM (inclusive anuidade atualizada);

VI. Cópia de comprovante de residência;

VII. Documentação pessoal (RG, CIC, Certificado de Reservista, Título de Eleitor);

VIII. Carta de referência de Professores/ Doutores de Universidades do Brasil ou do exterior, bem como de outras instituições em que já trabalhou (essa apresentação é facultativa).

Art. 17

Será constituída uma Comissão de Credenciamento formada pelo Diretor Técnico, que deve aprovar, em primeira instância, a entrada de qualquer novo membro no XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Parágrafo Primeiro: Uma vez preenchidos os requisitos dos artigos 16 e 17, o médico fará parte do Corpo Clínico como membro temporário, por 60 (sessenta) dias, sendo esse o prazo que a Comissão de Ética terá para analisar sua vida acadêmica e profissional. Não apresentando nenhuma irregularidade, o médico passará automaticamente a membro efetivo, caso contrário, cabe a decisão à Assembleia do Corpo Clínico.

Parágrafo Segundo: Serão admitidos também, como Membros Efetivos do Corpo Clínico, os médicos contratados por órgãos que mantenham convênio com a XXXXXXXXXX o para o atendimento exclusivo de colaboradores e dependentes, ficando este profissional subordinado a todas as normas da unidade de saúde, enquanto perdurar a vigência do contrato em questão.

CAPÍTULO VIII - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 18º Compete à Assembleia Geral:

I. Fixar orientação geral superior para o exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes e determinações dos órgãos componentes;

II. Alterar ou modificar o Regimento do Corpo Clínico, observando-se as resoluções pertinentes;

III. Eleger o Diretor Clínico, seu vice, e os membros da Comissão de Ética por votação direta e secreta em Processo Eleitoral por maioria simples de votos e especialmente convocado com essa finalidade, por edital, com antecedência de pelo menos 30 (trinta) dias, pelo Diretor Clínico em exercício;

IV. Dirimir eventuais dúvidas suscitadas pela orientação dada, seja pela Diretoria Clínica, seja pela Comissão de Ética Médica ou Coordenador de Clínica, ou ainda, conflitos de atribuições desses órgãos, uns em relação a outros;

V. Definir que o Diretor Técnico seja o responsável por comunicar às autoridades da Instituição a orientação superior aprovada para as soluções dos problemas éticos e técnicos;

VI. Propor ao Corpo Clínico exclusão de membros, em decisão a ser tomada por 2/3 (dois terços) dos componentes, excluindo na totalidade os que justificarem a ausência com antecedência de no mínimo 24 horas da realização da Assembleia;

VII. Solicitar esclarecimentos ao Diretor Clínico e Técnico sobre seus atos, quando entender necessário.

Art. 19º O Diretor Clínico e seu Vice serão eleitos na forma prevista no artigo 18, e as especificidades da eleição para membros da Comissão de Ética Médica serão de acordo com o Capítulo IV da Resolução 1.657 do CFM.

Parágrafo Único: O Diretor Clínico e seu Vice tomarão posse imediatamente e exercerão seus cargos pelo prazo de 02 (dois) anos, podendo ser reeleitos por mais dois períodos iguais.

Art. 20º Compete ao Diretor Clínico:

Dirigir e coordenar as atividades médicas;

I. Servir como elo entre o Corpo Clínico e a Administração;

II. Ressaltar no Corpo Clínico o sentido de responsabilidade profissional e zelar para que isto aconteça;

III. Ter conhecimento das solicitações do Corpo Clínico, tomando as providências cabíveis e possíveis;

IV. Proibir a utilização de históricos clínicos, salvo para assuntos técnico-científicos, sempre respeitando a privacidade do paciente e o sigilo profissional;

V. Nomear as Comissões Permanentes e Temporárias;

VI. Relacionar-se administrativamente com o Diretor Geral e Diretor Técnico;

VII. Propiciar aos membros do Corpo Clínico a participação em congressos, simpósios, cursos e palestras, desde que agendados previamente e sem prejuízo do serviço;

VIII. Conseguir material didático e de atualização, para estudos;

IX. Promover cursos, palestras e outras iniciativas que contribuam para evolução dos profissionais da Medicina;

X. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o presente Regimento;

XI. Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina ata da eleição da Comissão de Ética Médica para homologação;

XII. Assegurar autonomia de funcionamento à Comissão de Ética Médica;

XIII. Pesquisar e emitir parecer sobre serviços a serem implantados no Pronto Socorro se envolverem atividades médicas.

Art. 21º Compete ao Vice-Diretor Clínico:

I. Substituir o Diretor Clínico na ausência deste;

II. Realizar as tarefas que o Diretor Clínico lhe confiar.

III.

Art. 22º O Diretor Técnico será indicado pela Direção Geral, devendo estar capacitado, ter perfil de liderança e livre acesso junto aos membros do Corpo Clínico, tendo como competências principais:

I. Organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizando-se pelas atividades técnicas do serviço médico;

II. Assegurar o exercício correto da Medicina na unidade de saúde, conforme as normas vigentes;

III. Propor organização de serviços médicos e do Corpo Clínico à Diretoria, bem como a criação de novos serviços;

IV. Assegurar autonomia à Comissão de Ética Médica, para que funcione adequadamente;

V. Propiciar a integração permanente entre o Corpo Clínico e a Diretoria Geral;

VI. Pesquisar e emitir parecer sobre serviços a serem implantados na unidade de saúde, quando envolverem os médicos;

VII. Orientar os médicos e fixar rotinas para evitar que eles prescrevam por telefone;

VIII. Reportar-se à Diretoria Geral para o perfeito desempenho das suas funções;

IX. Participar das Comissões existentes no Pronto Socorro sempre que for necessária a presença do profissional médico;

X. Comparecer à Justiça e a outras repartições públicas, sempre que solicitado, para prestar informações;

XI. Solicitar as escalas de plantão médico das respectivas Clínicas, e divulgá-las nos serviços interessados

XII. Proibir a retirada de prontuários, equipamentos, medicamentos e materiais pertencentes a unidade de saúde, sem autorização da Diretoria da Unidade;

XIII. Apresentar a Diretoria Geral o relatório anual das atividades médicas necessárias à elaboração da proposta orçamentária, dentro dos prazos estipulados;

XIV. Produzir e assinar toda documentação necessária ao bom desempenho de suas atribuições;

XV. Disciplinar a liberação de informações médicas ao público, em relação ao diagnóstico e tratamento dos pacientes, consultando se necessário, a Comissão de Ética. As informações de caráter legal só deverão ser liberadas com a aprovação da Administração;

XVI. Supervisionar as atividades dos estagiários da área médica;

XVII. Manter prontuário completo de cada médico, contendo o credenciamento ao Corpo Clínico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo 16 e incisos do presente Regimento e comprovantes do pagamento das anuidades do Conselho Regional de Medicina;

XVIII. Exercer responsabilidade técnica e legal perante o Conselho Regional de Medicina, entidades jurídicas e policiais;

XIX. Fazer com que o prontuário médico seja completo, legível e mantido atualizado, segundo as normas do CRM.

Art. 23º Compete aos Coordenadores das Clínicas:

I. Supervisionar a orientação médica do serviço;

II. Organizar o Serviço, de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e contínua;

III. Determinar a elaboração da ficha de atendimento e prontuário de cada paciente, para que esteja conforme com as normas legais e as aprovadas pela Diretoria Geral;

IV. Verificar a correta internação de pacientes nas respectivas Clínicas, bem como a programação do serviço;

V. Promover reuniões periódicas com os médicos que atuam na unidade de saúde, procurando resolver os casos clínicos, assim como estudar as fichas de atendimento, prontuários e tudo que se relacione com melhor assistência e com aperfeiçoamento técnico, sempre que possível com o apoio e intervenção da Comissão de Prontuário e Comissão de Óbito;

VI. Introduzir o novo profissional médico às dependências da unidade de saúde, às normas e aos colegas de trabalho;

VII. Manter contato constante com outras instituições, visando melhorias que podem ser introduzidas na unidade de saúde;

VIII. Estimular o espírito de equipe entre seus colegas;

IX. Comunicar ao Diretor Clínico qualquer irregularidade encontrada, inclusive sugerindo as providências;

X. Fazer obedecer ao presente Regimento.

Art. 24º Compete aos Membros do Corpo Clínico:

I. Prestar assistência a todos os pacientes que procurarem a unidade de saúde, respeitadas as suas finalidades;

II. Manifestar-se por escrito à Comissão de Ética a respeito de admissão/demissão de membros do Corpo Clínico;

III. Manifestar-se por escrito sobre a punição de médicos;

IV. Colaborar em investigação e pesquisa científica;

V. Participar na educação sanitária da comunidade;

VI. Colaborar nos programas de treinamento do pessoal da unidade de saúde;

VII. Desenvolver o espírito de integridade entre os profissionais da saúde;

VIII. Procurar manter boas relações de trabalho com a Diretoria Geral;

IX. Proporcionar condições para que a ficha de atendimento e prontuário médico de seus pacientes e que os documentos estejam assinados com a aposição do carimbo com nº do CRM, o que possibilita a elucidação de questões administrativas, éticas ou jurídicas;

X. Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, pela Diretoria Geral e/ou pelos Coordenadores das Clínicas, quando convocado ou convidado.

Art. 25º Compete à Comissão de Ética Médica:

A Comissão de Ética não terá nenhuma vinculação ou subordinação à Direção da unidade de saúde. Será composta por 04 (três) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos conforme o artigo 18, item III, e artigo 19, competindo a ela:

I.Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes, apontados por denúncia escrita de qualquer membro do Corpo Clínico ou da Diretoria da unidade de saúde;

III. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão, detectado após investigação a partir do Curriculum Vitae dos médicos recém-contratados, que ocorrerá num prazo de 60 dias, ou a qualquer tempo após a admissão do médico como membro do Corpo Clínico;

IV. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

V. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina, práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

VI. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VII. Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

VIII. Colaborar com o Conselho na tarefa de educar, discutir e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

IX. Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório das atividades feitas na instituição onde atua;

X. Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

XI. Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

XII. Fornecer dados à Direção do Pronto Socorro, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

XIII. Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

XIV. Promover divulgação eficaz e contínua das normas emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

XV. Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição, representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

XVI. Auxiliar os órgãos públicos e entidades profissionais de saúde em tarefas ligadas ao exercício profissional;

XVII. Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 26º Compete à Comissão de Controle de Infecção Pronto Socorro:

I. Estabelecer planos preventivos de combate à ocorrência de infecção no âmbito do estabelecimento;

II. Estabelecer normas de comunicação compulsória dos casos de infecção na unidade de saúde;

III. Prestar assistência ao órgão técnico encarregado da pesquisa da fonte da infecção que vier a ser constatada;

IV. Elaborar dados estatísticos das ocorrências de infecções;

V. Comunicar os casos de infecção às Diretorias Clínica e Geral;

VI. Promover cursos e palestras para os médicos, pessoal de enfermagem e funcionários em geral, sobre métodos preventivos da infecção;

VII. Emitir pareceres a respeito de ocorrências de infecção para análise e providências pela Diretoria da unidade de saúde;

VIII. Elaborar seu regimento interno.

Parágrafo Único - A Comissão de Controle de Infecção na unidade de saúde será composta por pelo menos 1 (um) membro integrante do Corpo Médico e por 1 (um) membro do Departamento de Enfermagem, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio.

Art. 27º Compete a Comissão de Revisão de Prontuários:

I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no FA/prontuário do paciente;

II. Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

III. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu ao paciente, bem como a assinatura e carimbo ou nome legível e respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de XXXXXX;

IV. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando-se data e hora;

V. Tipo de alta;

VI. Assessorar a Diretoria Geral e Clínica da unidade de saúde, em assuntos de sua competência;

VII. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade de saúde, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

VIII. Elaborar seu regimento interno.

Parágrafo Primeiro. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos é composta de 02 (dois) membros do Corpo Clínico, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio, com mandato de dois anos, permitida nova investidura, sem limitações.

Parágrafo Segundo. Depois de decorrido o prazo de vinte anos a fluir da data do último registro de atendimento prestado ao paciente, o prontuário poderá ser substituído por métodos de registro e arquivamento capazes de assegurar, a qualquer momento, a restauração plena das informações nele contida.

Art. 28º Compete a Comissão de Revisão de Óbitos:

I. Avaliar as causas dos óbitos, em colaboração com os profissionais responsáveis pelo paciente, para se chegar se possível, a um diagnóstico final;

II. Promover reuniões científicas para integrar os vários setores de diagnósticos, como radiologia, anatomia patológica e laboratório;

III. Elaborar seu regimento interno.

Parágrafo Único: A Comissão de Revisão de Óbitos será constituída por 3 (três) membros médicos, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio.

CAPÍTULO IX - DOS DIREITOS E DEVERES

Art. 29º São deveres dos Membros do Corpo Clínico:

I. Cumprir e fazer cumprir este Regimento, o Regulamento do Pronto Socorro, as normas técnicas e administrativas do Pronto Socorro e o Código de Ética Médica, denunciando os profissionais que não o fizerem;

II. Assistir a todos os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, zelo e ética profissional;

III. Apresentar por escrito, ao Diretor Clínico, sugestões para manutenção e aprimoramento da qualidade dos serviços médicos e unidade de saúde;

IV. Zelar pelo bom nome da unidade de saúde e do Corpo Clínico;

V. Zelar pelo aperfeiçoamento profissional, técnico e ético de seus membros em condições de equipe e justiça;

VI. Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Técnicoe pela Diretoria da Instituição;

VII. Participar das reuniões do Corpo Clínico;

VIII. Participar das reuniões sobre discussão e revisão de casos médicos tratados na unidade de saúde;

IX. Participar nos programas de ensino e treinamento tanto de seus membros quanto nos demais profissionais que atuam junto aos pacientes;

X. Zelar para que não se executem tratamentos discutíveis do ponto de vista ético ou científico, levando-os ao conhecimento do Diretor Clínico;

XI. Colaborar com as Comissões específicas da unidade de saúde;

XII. Elaborar o prontuário dos seus pacientes, com registros à elucidação de casos em qualquer momento;

XIII. O médico deverá restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência ou quando solicitado a atuar ou auxiliar em outras.

Art. 30º São direitos dos Membros do Corpo Clínico:

I. A autonomia profissional;

II. O direito à ampla defesa e a devida obediência às normas legais e vigentes no caso de admissão e exclusão de membros, que será decidida pelo Corpo Clínico;

III. O acesso a unidade de saúde e seus serviços;

IV. Votar e ser votado conforme o caso e categoria;

V. Receber remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;

VI. Comunicar falhas observadas na assistência prestada pela unidade de saúde e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;

VII. Assistir seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;

VIII. Eleger o Diretor Clínico e o Vice-Diretor, bem como a Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO X - DAS PUNIÇÕES

Art. 31º Será passível de punição o Membro do Corpo Clínico que:

I. Não observar o Regulamento, este Regimento, normas técnicas e administrativas da unidade de saúde;

II. Praticar atos médicos contrários à legislação vigente;

III. Praticar atos que causem danos financeiros a unidade de saúde ou a terceiros.

Parágrafo Único: Constatada a prática de uma atitude que se enquadre nas disposições acima, será o fato levado ao conhecimento do médico mediante qualquer meio, podendo ser convocado junto a outros envolvidos para esclarecimentos, sendo-

lhe garantido amplo direito de defesa, que deverá ser feita por escrito e entregue ao Diretor Clínico no prazo improrrogável de 07 (sete) dias úteis a contar de sua citação.

Art. 32º Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Comissão de Ética instaurará sindicância, obedecendo aos preceitos contidos na Resolução 1.657 e eventuais alterações, e formulará relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o, caso necessário, ao CRM, sem emitir juízo. Todos os atos da Comissão de Ética Médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso. As sindicâncias serão instauradas mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Diretor Técnico;

c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d) Solicitação da Delegacia Regional, seccional ou Representação;

e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Primeiro: Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, serão apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Segundo: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Parágrafo Terceiro: O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Parágrafo Quarto: Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Parágrafo Quinto: Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "*ad referendum*" do Plenário do Conselho Regional de Medicina e:

a) Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica;

b) Caso não haja conciliação a sindicância seguirá seu trâmite normal, a partir do envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 33º Uma vez que, utilizado o direito de defesa, for definido que o infrator deverá ser punido, com exceção dos casos encaminhados ao CRM, através de sindicância da Comissão de Ética Médica, devido ter sido evidenciado a existência de indícios de infração ética, a qual a punição se dará somente mediante determinação do referido Conselho após a competente tramitação, serão aplicadas pelo Diretor Clínico as seguintes punições, de acordo com a gravidade do ato praticado:

a) Advertência por escrito;

b) Suspensão de suas atividades na unidade de saúde por 30 (trinta) dias;

c) Exclusão do Corpo Clínico, sendo que está penalidade será homologada em Assembleia Geral do Corpo Clínico.

CAPÍTULO XI - DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 34º De acordo com a Resolução 1.657 do CFM, as Comissões de Ética serão compostas por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais Membros Efetivos e Suplentes, eleitos pelos médicos que compõem o Corpo Clínico.

A Comissão de Ética Médica definirá calendário de reuniões ordinárias e fará reuniões extraordinárias sempre que necessário e será instalada obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

I. Se na instituição houver até 15 (quinze) médicos não haverá a obrigatoriedade da Comissão de Ética;

II. Se na instituição houver de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica será ser composta por 03 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

III. Se na instituição houver de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica será ser composta por 04 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

IV. Se na instituição houver de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão será ser composta por 06 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;

V. Se na instituição houver um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética será ser composta por 08 (oito) membros efetivos e 08 (oito) suplentes.

Parágrafo Único: Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de Direção Técnica, Clínica ou Geral/Administrativa da Instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina. Quando nas funções acima, após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 35º O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses.

Parágrafo Primeiro: Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Nos casos de vacância do cargo de Presidente ou de Secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Caso ocorra alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo afastar-se-á da Comissão enquanto durar a sindicância que será instaurada para elucidar os fatos.

Parágrafo Segundo: Todas as deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples de votos, sendo prerrogativa do Presidente o “voto de Minerva” em caso de empate.

Parágrafo Terceiro: As competências específicas dos membros da Comissão de Ética Médica serão de acordo com os artigos 11, 12 e 13 da Resolução 1.657 do CFM e detalhadas em seu Regimento Interno e sua Ata de Abertura.

CAPÍTULO XII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 36º O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os membros do Corpo Clínico, será disponibilizado a cada médico, mediante protocolo de entrega e responsabilidade sobre o mesmo.

Art. 37º É função do Diretor Clínico manter este Regimento atualizado e aprovado, revisando-o a cada troca de mandato.

CAPÍTULO XIII - DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 38º O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura do Diretor Clínico e Diretor Técnico, homologado pelo Corpo Clínico e aprovado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 39º Os casos omissos neste Regimento serão tratados pela XXXXXXXXXXXX do XXXXXXXXXXXXXXX ou Conselho Regional de Medicina.

APROVAÇÃO

_____

Data: _____/_____/_____

Diretoria Técnica Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL)

_____

Data: _____/_____/_____

Diretor Técnico

CAPITULO XIV – DA HOMOLOGAÇÃO

Homologado pelo Corpo Clínico em XXXXXXX (Cidade e Estado do CRM), XX de XXXXX de XXXX, conforme lista de assinaturas anexa na Ata da 1ª. Assembleia Geral do Corpo Clínico.

Aprovado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de XXXX – CRM-XX.

Cidade, _____/_____/_____.

_____

Dr(a).

_____

Dr(a).

2.22.3 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

CAPÍTULO I - DA APRESENTAÇÃO

Este regimento representa a estrutura do corpo de Enfermagem da Unidade de Saúde XXXXXXXXXXXX. Em linhas gerais, são representados os aspectos diretivos, estruturais e políticos da enfermagem do XXXXXX e institui as normas gerais de funcionamento do Serviço de Enfermagem (SE) aplicável a todos os profissionais lotados nesta Instituição. Este serviço interage em todas as áreas, de forma integrada e com a corresponsabilidade da qualidade no atendimento ao paciente e sua atuação é sempre feita com responsabilidade, competência, conhecimento técnico - científico e humanização.

O Serviço de Enfermagem da Unidade de Saúde (XXXXXX) tem por finalidade a assistência de enfermagem de excelência, pautada nos seguintes instrumentos:

- Lei nº 7.498/ 1986 “Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências”;
- Resolução COFEN 311/ 2007 “Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem”, Revogada pela Resolução COFEN nº564/ 2017 “Aprova ***a***

Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.;

- Resolução COFEN nº 358/ 2009 – revogada pela resolução COFEN nº 736/ 2024" ***Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a*** *implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Parágrafo único: O serviço de enfermagem da Unidade de Saúde (XXXXXX) terá como parâmetro para a execução de suas atividades a legislação aplicável no âmbito da saúde proveniente dos órgãos competentes legais e especificamente, do exercício profissional estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem/XX.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Art. 1º O serviço de Enfermagem da Unidade de Saúde (XXXXXX) deverá:

I. Participar do processo de planejamento da assistência de enfermagem, observando princípios científicos, tecnológico e normas da diretoria de enfermagem;

II. Estabelecer, implantar e controlar o Plano Gestor de Enfermagem;

III. Planejar, organizar e coordenar a assistência prestada aos pacientes;

IV. Prover recursos necessários à assistência integral aos pacientes;

V. Manter padrão de atendimento seguro em todos os níveis de assistência;

VI. Estabelecer técnicas e definir métodos de trabalho;

VII. Programar e coordenar o dimensionamento adequado de recursos humanos para a assistência ao paciente;

VIII. Estimular e promover trabalho em equipe;

IX. Definir programa e promover condições para o desenvolvimento profissional da Equipe de Enfermagem;

X. Colaborar com a equipe multiprofissional de saúde;

XI. Colaborar com instituições educacionais na formação de profissionais da saúde;

XII. Estimular e oferecer condições para o desenvolvimento da pesquisa.

XIII. Propor critérios a serem avaliados pela gestão de enfermagem para dotação de recursos humanos e materiais necessários ao atendimento de

enfermagem;

XIV. Assessorar a implantação de programas assistências na unidade de saúde;

XV. Promover a avaliação de competência periódica, observando, observando o desempenho do pessoal e pelas assistências prestadas ao paciente;

XVI. Supervisionar a equipe de enfermagem com relação a assistência ao paciente;

XVII. Cumprir a sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) conforme a Resolução do COFEN 358/2009;

XVIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento interno de Enfermagem

CAPÍTULO III - DO MODELO ASSISTENCIAL

Modelo Assistencial escolhido é o do *Cuidado Centrado no Paciente* que considera o ponto de vista do paciente. A função básica desse modelo é tornar o paciente informado e envolvido com a tomada de decisão em relação aos seus cuidados, fazendo-o sentir-se apoiado, confortável e confiante. Os principais objetivos do Cuidado Centrado no Paciente são reduzir danos decorrentes da assistência e reduzir o sofrimento.

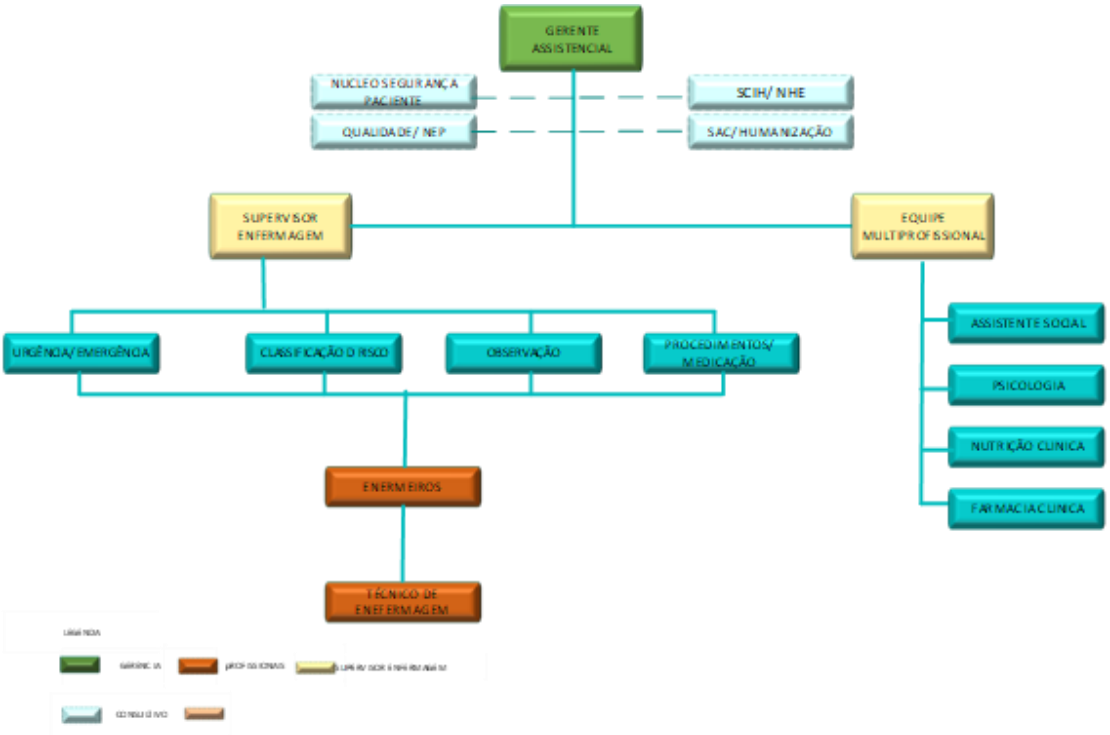
Modelo está sustentado na teoria do autocuidado escrito pela Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem passou a refletir acerca do porquê os indivíduos necessitam de auxílio da enfermagem e podem ser ajudados pela mesma. A partir desta reflexão formulou a sua teoria sobre o déficit de autocuidado como uma teoria geral constituída por três teorias relacionadas:

- A teoria do autocuidado (executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar); O autocuidado, conforme nos válida a autora, tem como propósito, emprego de ações de cuidado, seguindo um modelo, que contribui para o desenvolvimento humano, ou seja, requisitos universais do autocuidado comuns para todos os seres humanos e incluem a conservação do ar, água, alimentos, eliminação, atividade e descanso, solidão e interação social, prevenção de risco e promoção da atividade humana. Estes oitos requisitos representam os tipos de ações humanas que proporcionam as condições internas e externas do autocuidado.

- A teoria do déficit do autocuidado (a enfermagem é necessária para ajudar a pessoa a cuidar de si mesma); uma relação entre a demanda terapêutica de autocuidado e as ações de autocuidado das propriedades. Destaca-se que todas as limitações das pessoas comprometerem em esforços práticos,dentro do domínio e limites da enfermagem, estão associadas com a subjetividade dos indivíduos adultos ou em vias de envelhecimento, de ações relacionadas ou derivadas da saúde, que as capacitam parcial ou totalmente para conhecer os requisitos existentes ou emergentes da assistência.
- E a teoria dos sistemas de enfermagem (relacionada ao fato da pessoa apresentar déficit de autocuidado e para compensá-lo necessita do cuidado de enfermagem). Destaca-se o conhecimento cientifico, tendências das percepções no processo saúde/ doença e cuidado terapêutico.

CAPÍTULO IV - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º O Serviço de Enfermagem é representado por Gerência Assistencial de Enfermagem subordinada ao Gestor Geral. Sua composição compreende quatro departamentos, devidamente representados por Supervisores Assistências no período noturno. Os departamentos são denominados e compreendem os setores conforme o organograma:



Parágrafo único: A Gerencia de Enfermagem conta com apoio dos Departamentos consultivos, como: Serviço de Controle de Infecção Relacionados Assistência de Saúde (SCIRAS), Núcleo de Educação Permanente (NEP), Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), Qualidade, Núcleo de Vigilância Epidemiologica (NHE), Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e Humanização.

CAPÍTULO V - DAS ATIVIDADES DE CADA SERVIÇO

Art. 3º O Setor de Pronto Atendimento tem por finalidade o atendimento ao paciente em situação de emergência e urgência, com Classificação de Risco.

Art. 4º O Setor de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT) tem por finalidade prestar assistência aos pacientes que necessitam ser submetidos a exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos nas diversas modalidades e áreas, tais como radiologia geral, ultrassonografia e exames laboratoriais.

Art. 5º Os setores de Observação têm como finalidade prestar assistência integral aos pacientes em condições de cuidados intermediários até que apresente melhora do quadro clinico e ou que sejam transferidos para as referências e contra referencias, nas diversas afecções clínicas e cirúrgicas.

Art. 6º A Central de Materiais Esterilizados (CME) tem como finalidade realizar os processos de limpeza, desinfecção, preparação, esterilização e distribuição dos artigos da unidade de saúde aos setores assistenciais. Fazer a previsão e provisão de todos os materiais e equipamentos, necessários para prestar a assistência.

Art. 7º Os Setores de atendimento das especialidades Clínicas Médica e Pediátrica possuem como finalidade a prestação de uma assistência norteada pelo cuidado integral da equipe interdisciplinar, a pacientes clínicos.

Art. 8º O Setor de Educação Permanente tem por finalidade coordenar e fornecer suporte pedagógico aos processos de desenvolvimento das equipes multiprofissionais, proporcionando a integração, qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho, bem como realizar o monitoramento da evolução dos profissionais, aquisição de conhecimentos, melhoria dos processos, qualidade e humanização na prestação de serviços assistenciais e de gestão.

Art. 9º O Serviço de Controle de Infecção Relacionados Assistência de Saúde tem por finalidade o controle e a prevenção de infecções na unidade de saúde, definindo e aprovando protocolos, realizando auditorias e visitas diárias, visando diminuir a incidência e gravidade das infecções. A prevenção de infecções na unidade de saúde é importante para a qualidade da assistência prestada, para o bem-estar dos pacientes e para a redução de custos e do tempo de internação.

Art. 10º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem por finalidade promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NQSP nos estabelecimentos de saúde.

Art. 11º O Serviço de Qualidade tem por finalidade coordenar ações e processos para melhorar a estrutura, os processos e os resultados, estimulando a melhoria contínua e sustentada na instituição, atraves de planejamento, coordenação, monitoramento e ciclos de melhoria.

Art. 12º O Serviço de Atendimento ao Cliente tem por finalidade, realizar acolhimento com empatia, oferecer suporte, ouvir e esclarecer as dúvidas, visando promover um atendimento individualizado, satisfatório e resolutivo ao paciente e seus familiares.

Art. 13º O Núcleo de Vigilancia Epidemiologica tem por finalidade detectar as doenças de notificação compulsória (DNC) atendidas na unidade de saúde e implementar estratégias de registro da informação, investigação, medidas controle e interrupção da cadeia de transmissão dessas doenças. Contribuindo para detecção de fatores que determinam a saúde de uma população, medidas de prevenção e controle de doenças.

Art. 15º O Serviço de Humanização (SAU) tem por finalidade disseminar o conjunto de valores da Instituição, promovendo empatia atraves de técnicas, comportamentos e ações, construídas dentro de seus princípios, valorizando a qualidade das relações e suas experiências.

CAPÍTULO VI - DO PESSOAL, SEUS REQUISITOS E COMPETÊNCIAS:

Art. 16º O Serviço de Enfermagem possui as seguintes funções:

I. Gerencia Assistencial;

II. Supervisor de Enfermagem;

III. Enfermeiro;

IV. Técnico de Enfermagem.

CAPÍTULO VII - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 17º São atribuições do Gerencia Assistencial:

I. Gestão da equipe assistencial

II. Garantir a execução dos serviços de enfermagem nos setores da unidade de saúde, em conformidade com a Lei N° 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e Legislações Pertinentes (COFEN), bem como cumprir e fazer cumprir o Código de Ética de Enfermagem e Regimentos Internos / Institucionais;

III. Manter atualizada a Certidão de Responsabilidade Técnica – CRT, junto ao Conselho Regional de Enfermagem Regional (COREN);

IV. Elaborar, divulgar e acompanhar o Plano de Gestão da Enfermagem e Regimento de Enfermagem;

V. Responsabilizar-se pelos atos e ações da Equipe de Enfermagem perante a gestão da unidade de saúde, órgãos representativos de classe, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, dentre outras entidades;

VI. Estabelecer, divulgar e fazer cumprir os processos e documentações padronizadas de trabalho desenvolvidas em consonância com a Política da Qualidade da Instituição;

VII. Interagir com as equipes de trabalho, mantendo inter-relação com os demais serviços da unidade, buscando e incentivando o cumprimento das Interações de Processos, a fim de tornar ágil e melhorar a qualidade dos serviços prestados;

VIII. Dimensionar o quadro de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho, de acordo com as Legislações e resoluções COFEN;

IX. Oferecer condições e apoiar o desenvolvimento aos trabalhos dos grupos de estudo e das Comissões Institucionais;

X. Incentivar e propor planos de ação em busca da melhoria contínua;

XI. Valorizar o profissional por meio do incentivo à sua capacidade de trabalho,

desenvolvimento profissional e comprometimento com a Instituição;

XII. Elaborar, divulgar e executar a programação anual de desenvolvimento profissional;

XIII. Incentivar a participação dos profissionais que integram de Enfermagem na programação anual de desenvolvimento profissional e estimular o desenvolvimento da pesquisa;

XIV. Manter a gestão da unidade informada sobre qualquer problema operacional, técnico e/ou administrativo relacionado aos cuidados prestados aos pacientes, bem como apresentar relatório mensal de atividades;

XV. Avaliar desempenho do pessoal de enfermagem, promoções, transferências e desligamentos com a colaboração das supervisões dos departamentos e setores;

XVI. Favorecer a integração com outras instituições de saúde e entidades, na busca de conhecer as melhores práticas assistenciais;

XVII. Informar, orientar e interpretar as normas da unidade de saúde elaboradas a serem implantadas;

XVIII. Zelar pelo cumprimento do Código de Ética e Deontologia de Enfermagem.

II. Planejamento

I. Administrar recursos materiais, físicos e orçamentários colocados à disposição da gerência de enfermagem;

II. Estabelecer, divulgar e implementar a política da assistência de enfermagem com foco no cuidado integral;

I. Responder pelos testes e padronização de materiais da unidade de saúde;

II. Estruturar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar todas as Unidades sob sua responsabilidade.

III. **Organização**

IV. Solicitar e orientar os Supervisores de Enfermagem na elaboração e apresentação de relatórios mensais de atividades;

V. Promover reuniões periódicas com os Supervisores para alinhamento estratégico, resolução e discussão de problemas, bem como receber sugestões e propostas em relação à melhoria dos serviços, mantendo registro na pauta dos

problemas apresentados e tomada de decisões;

VI. Emitir parecer sobre assuntos relativos à área de enfermagem;

VII. Deliberar a solicitação de horas extras e compensação por meio do banco de horas;

VIII. Elaborar em conjunto com os coordenadores a programação anual de férias;

IX. Participar do processo de seleção de pessoal conduzindo a entrevista de seleção;

X. Estabelecer e monitorar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

IV**. Controle**

I. Estabelecer e implantar, junto com os Supervisores os Indicadores de Qualidade dos setores;

II. Manter avaliações contínuas, visando aferir o desempenho do profissional e equipe de enfermagem, bem como, a qualidade da assistência prestada ao paciente;

III. Manter e atualizar registro funcional de todos os profissionais de sua responsabilidade;

IV. Acompanhar registro das atividades de enfermagem, ocupação dos pacientes e procedimentos realizados para fins de controle e efeito estatístico.

V. Supervisionar e ou executar a elaboração da escala de serviço/ plantão e o cronograma de férias, orientando sempre que necessário

Parágrafo único: O Gerencia Assistencial deve ser substituído em suas ausências e ou impedimentos pelo Coordenador ou Enfermeiro, conforme indicação do Gerencia Assistencial.

Art. 18º São atribuições do Supervisor de Enfermagem:

I. Realizar a supervisão administrativa e assistencial dos setores sob sua responsabilidade;

II. Supervisionar e intervir na escala de atividades garantindo uma adequada distribuição de profissional/ leito e realização das ações inerentes à dinâmica assistencial;

III. Supervisionar a reposição de materiais conforme normalização estabelecida;

IV. Supervisionar, orientar e registrar ocorrências e intercorrências conforme preconizado na Instituição;

V. Cumprir e fazer cumprir as normas estabelecidas pela CCIRAS – Comissão de Controle de Infecção Relacionadas Assistência de Saúde;

VI. Participar das comissões institucionais quando solicitado;

VII. Apresentar relatório mensal de possibilidades de melhorias para sua Gerência Assistencial;

VIII. Manter a conservação da área, física, mobiliário e equipamentos realizando as solicitações necessárias ao setor pertinente;

IX. Receber diariamente o plantão dos enfermeiros inteirando-se das intercorrências e providências tomadas;

X. Identificar, planejar, monitorar e avaliar as atividades de educação permanente estimulando a participação dos colaboradores;

Art. 19º São atribuições do Enfermeiro Serviço de Educação Permanente:

I. Assessorar a Gerência Assistencial nos programas de desenvolvimento profissional;

II. Recrutamento e Seleção, realizar a elaboração e correção das provas por área de atuação;

III. Transferência, manter o controle das solicitações de transferências de interesse do profissional, por meio de um programa de adequação a solicitação;

IV. Treinamento de Pessoal, organizar anualmente a LNT (Levantamento de Necessidade de Treinamento) de todos os serviços da Instituição;

V. Organizar, promover, divulgar, assessorar e monitorar os treinamentos da Instituição.

VI. Promover integração e treinamento do profissional recém admitido, realizado posterior ao treinamento institucional;

VII. Promover treinamento do profissional com alteração de função, programa especifico de treinamento;

VIII. Aperfeiçoamento de Pessoal

IX. Programação de Atividades Internas (PAI) - programação mensal,

encaminhada ao RH, disponível nos murais setoriais;

X. Programação de Atividades Externas (PAE) - programação anual, por meio de um levantamento das atividades desenvolvidas pelas entidades de classe e instituições de saúde e em conjunto com a direção executiva;

XI. Visita Técnica - compreende o benchmark a visita a outras instituições em busca de novas ideias e melhoria continua dos processos de trabalho;

XII. Integração de Estágio Curricular - estágios na realizados de acordo com as diretrizes da Instituição (escolas e universidades);

XIII. Avaliações de Desenvolvimento, apoiar às Gerências no mapeamento de competências e implantação de instrumentos de avaliação das mesmas;

XIV. Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), colaborar na realização, implantação e treinamentos das Instruções de Trabalho;

XV. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE), coordenar o grupo de enfermeiros que estarão estudando e implantado a SAE;

XVI. Apoio à pesquisa, avaliar as solicitações de pesquisa que envolva profissionais de enfermagem desenvolvidas na Instituição.

Art. 20º São atribuições do Enfermeiro do Serviço Controle de Infecção Relacionada Assistência de Saúde:

I. Realizar vigilância das infecções da unidade de saúde por meio do método de busca ativa;

II. Fornecer a taxa mensal de infecção da unidade de saúde das unidades sob vigilância;

III. Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área assistencial, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pelo SCIRAS;

IV. Participar das investigações de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor;

V. Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação;

VI. Normatizar, junto à Comissão de Padronização de Materiais/ Medicamentos e outros membros do grupo executor, o uso de germicidas na unidade de saúde;

VII. Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das infecções da unidade de saúde;

VIII. Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção Relacionada Assistência de Saúde periodicamente;

IX. Elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área;

X. Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções;

XI. Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção Relacionada Assistência de Saúde (PCIRAS);

XII. Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico;

XIII. Participar das discussões de construção ou reforma na área física da unidade de saúde, quando solicitado pela administração;

XIV. Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico hospitalar;

XV. Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviços relacionados à assistência, tais como: farmácia de preparo de nutrição parenteral, esterilização em óxido de etileno, lavanderia hospitalar, laboratório, etc.;

XVI. Participar de grupos de interesse para o controle das infecções relacionada assistência de saúde;

XVII. Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais legislações em vigência.

Art. 21º São atribuições comuns aos Enfermeiros:

I. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional;

II. Cumprir e fazer cumprir o Regimento de Enfermagem da Instituição;

III. Cumprir e fazer cumprir as Instruções de Trabalho do SCIRAS (Serviço de Controle de Infecção Relacionada Assistência de Saúde);

IV. Participar de reuniões e integrar Comissões sempre que necessário, quando convidado ou convocado;

V. Representar a instituição em eventos externos quando convidado, repassando o conhecimento adquirido;

VI. Interagir com os integrantes da equipe, a fim de incentivar e melhorar o trabalho em grupo;

VII. Desenvolver na equipe uma visão holística do paciente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizado;

VIII. Participar, incentivar e favorecer o envolvimento dos profissionais nas atividades de educação permanente propostas pelo Programa de Desenvolvimento Profissional;

IX. Divulgar e fazer cumprir as Instruções de Trabalho padronizadas;

X. Realizar o controle da pontualidade, assiduidade, postura e apresentação pessoal dos colaboradores conforme normatização;

XI. Colaborar na avaliação de desempenho dos seus profissionais;

XII. Acionar a Supervisão em situações que não estão contempladas nas suas atribuições;

XIII. Colaborar com a Supervisão de Enfermagem e Gerência Assistencial na elaboração, revisão e implantação de rotinas e para a resolução dos problemas;

XIV. Observar as normas, rotinas e instruções de trabalho do setor sob sua responsabilidade;

XV. Participar da elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde no seu setor;

XVI. Atentar para que os protocolos institucionais sejam cumpridos;

XVII. Desempenhar atividades de alta e/ou maior complexidade na assistência de enfermagem;

XVIII. Coordenar as ações de enfermagem nos atendimentos de emergência;

XIX. Planejar, executar, orientar e controlar a assistência de enfermagem;

XX. Aplicar o processo de enfermagem, através do histórico, evolução, diagnóstico e prescrição de enfermagem no prontuário;

XXI. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme Política de Assistência definida pela Gestão de Enfermagem;

XXII. Delegar e supervisionar as tarefas dos membros da equipe de forma equilibrada, tendo como parâmetro a SAE – Sistematização da Assistência da Enfermagem;

XXIII. Coordenar a passagem de plantão mantendo o registro de todos os

dados e intercorrências de seu período de trabalho;

XXIV. Orientar pacientes e familiares diante da admissão e alta;

XXV. Zelar pelo processo de assistencial realizado, conferindo documentos e/ou encaminhando familiares para a realização do mesmo;

XXVI. Realizar visitas aos pacientes, buscando resolutividade e/ou encaminhando das possíveis queixas e necessidades do paciente;

XVII. Controlar o fluxo dos pacientes no setor de sua responsabilidade, no que tange a admissão, alta, transferência ou óbito;

XVIII. Providenciar a documentação e exames necessários para a TFD (Transferência Fora do Domicílio), comunicando imediatamente o Assistente Social de tal solicitação;

XXIX. Acompanhar eventualmente (quando determinado e autorizado pela gestão) pacientes em exames ou outro processo que seja necessário;

XXX. Comunicar imediatamente ao SND (Serviço de Nutrição e Dietética) qualquer alteração na prescrição da dieta dos pacientes;

XXXI. Realizar a notificação de doenças de notificações compulsórias ao SCIH;

XXXII. Realizar as notificações de não conformidades ao Serviço do Núcleo de Qualidade;

XXII. Promover reuniões periódicas com os colaboradores da equipe;

XXIII. Promover humanização do atendimento;

XXIV. Monitorar as identificações dos procedimentos assistenciais e de pacientes;

XXV. Manter o setor organizado e proporcionar um ambiente adequado para o bom desenvolvimento dos serviços, supervisionando a entrega do trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem, de higienização e de manutenção;

XXVI. Coletar, medir e acompanhar os indicadores Assistenciais de Enfermagem que lhe forem solicitados;

XXVII. Manter os registros atualizados e corretamente preenchidos para fins estatísticos;

XVII. Realizar solicitação de materiais no sistema manual e ou informatizado (farmácia e almoxarifado);

XVIII. Repor e controlar materiais do carrinho de emergência;

XIX. Certificar, checar e registrar diariamente (em formulário próprio) o funcionamento do desfibrilador, lâmpada do laringoscópio e demais equipamentos essenciais ao setor;

XX. Revisar, diariamente, os materiais e equipamentos em uso, verificando seus empregos adequados, e comunicar o coordenador de setor quando da falta de materiais ou necessidade de consertos;

XXI. Participar de testes de materiais e equipamentos, emitindo parecer técnico;

XXII. Zelar pelo patrimônio do setor, contribuindo com o programa de manutenção preventiva e corretiva;

XXIII. Controlar o uso, a movimentação e a conservação dos materiais sob sua responsabilidade, visando evitar os desperdícios e/ou danos aos equipamentos;

XXIV. Supervisionar a realização da troca semanal das almotolias, limpeza do mobiliário e equipamentos do local de trabalho, bem como suas identificações e validades.

Art. 32° - São atribuições comuns aos Técnicos de Enfermagem:

I. Admitir e orientar pacientes e familiares que internarem no setor;

II. Receber e passar plantão, prestando informações básicas, essenciais e necessárias à continuidade do serviço;

III. Promover a identificação do paciente, bem como de seus processos durante a permanência na unidade;

IV. Prestar os cuidados integralmente aos pacientes sob sua responsabilidade, atendendo com cortesia, educação e agilidade de acordo com a prescrição médica e de enfermagem;

V. Acompanhar o paciente durante a realização de exames, obedecendo às regras de segurança durante o transporte;

VI. Registrar em prontuário a assistência prestada, sendo que as intercorrências do plantão devem ser comunicadas imediatamente ao Enfermeiro da unidade e realizar as notificações de não conformidade;

VII. Manter o prontuário identificado, organizado, limpo, devidamente preenchido e em boas condições de manuseio;

VIII. Auxiliar a equipe interdisciplinar na realização de exames e procedimentos;

IX. Preparar, disponibilizar, controlar e manter em condições de uso, os materiais, medicamentos e equipamentos necessários à execução das atividades assistenciais;

X. Realizar tarefas de organização e manutenção setorial conforme escala de atividades;

XI. Zelar pela limpeza do setor e das áreas específicas de trabalho da Enfermagem;

XII. Receber e conferir as medicações;

XIII. Participar das programações de treinamento e desenvolvimento profissional promovidos na instituição;

XIV. Participar das reuniões da equipe de enfermagem quando convocado;

XV. Conhecer e cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Instruções de Trabalho;

XVI. Comunicar ao enfermeiro alterações de dieta do paciente;

XVII. Comunicar ao enfermeiro as observações de alterações do estado geral do paciente.

Parágrafo único: O profissional Técnico de Enfermagem deverá solicitar a presença do enfermeiro quando se sentir inseguro ou julgar-se imperito para realizar determinado procedimento.

CAPÍTULO IX - DAS NORMAS GERAIS

Art. 33º É vedado o uso de qualquer informação relativa à Instituição em benefício próprio ou de terceiros;

Art. 34º É obrigatório comunicar à Supervisão de Enfermagem, sem perda de tempo, as variações de residência, telefone e estado civil, para que possa ser encaminhado ao departamento de pessoal;

Art. 35º É proibido fumar nas dependências da unidade de saúde;

Art. 36º É proibido permanecer na Instituição fora do seu horário de trabalho sem autorização ou justificativa prévia;

Art. 37º É proibido organizar, dentro das dependências da Instituição, rifas, subscrições, vendas e compras ou outras iniciativas não autorizadas pela administração, bem como tomar parte delas;

Art. 38º É vedado receber pessoas estranhas no recinto de trabalho, salvo com ordem superior;

Art. 39º É vedado servir-se de uso de telefones ou impressos do Instituição, para assuntos estranhos ao serviço;

Art. 40º É proibido sair das dependências do Instituição durante o período de trabalho, sem para tanto estar autorizado pela gerencia, coordenação ou supervisão;

Art. 41º É obrigatório, durante o período de trabalho, os profissionais estarem uniformizados e devidamente identificados;

Art. 42º É proibido aos profissionais receber, sob qualquer forma ou pretexto, dádivas e gorjetas de outras pessoas que estejam em relação de negócio com a Unidade de Saúde;

Art. 43º Os profissionais da enfermagem deverão estar em seus setores minutos antes do seu horário de trabalho para a passagem de plantão na troca de turno;

Art. 44º É permitida a troca de plantão mensal entre os profissionais da Equipe de Enfermagem em casos excepcionais, desde que o profissional não tenha faltas, atrasos e está conduta esteja intermediada e autorizada pelo Gerente Assistencial e Supervisor de Enfermagem de sua área;

Art. 45º O profissional deverá fazer o uso adequado do EPI (Equipamentos de Proteção Individual) e do EPC (Equipamentos de Proteção Coletiva) pertinente à sua atividade;

Art. 46º Não é permitido aos profissionais o uso de adornos, conforme determinação da NR 32 (Portaria MT – Nº 485 – 11/11/2005) e orientações do SESMT;

Art. 47º Não é permitido aos profissionais divulgação e ou entrevistas em mídia de assuntos relacionados a Instituição;

Art. 48º Não é permitido fotografias nas dependências da Instituição, sem prévia autorização por escrito da Gestão Geral.

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 49º Os profissionais receberão orientações sobre Regimento de

Enfermagem, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável;

Art. 50º A Gerência Assistencial poderá resolver questões não previstas neste regimento, sempre que seja necessário preservar a imagem da instituição e garantir o bom andamento do serviço;

Art. 51º Este regimento será mantido nos setores, atualizado anualmente e disponível em local de fácil acesso para consulta dos profissionais da equipe de Enfermagem da Instituição;

Art. 52º Este Regimento poderá ser modificado por proposição da Gerência Assistencial e aprovado em reunião com os Supervisores de Enfermagem, convocada para esta finalidade;

Art. 53º O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e será assinado pelo Gestor Geral e Gerencia Assistencial, obedecendo integralmente ao que reza o regulamento da Instituição.

_____	_____
Gerente Assistencial	Gestor Geral
COREN/ XX: XXXXXX	

2.1.23.4 Proposta de Implantação de Serviços de Registros Eletrônico de Atividades Assistenciais da Unidade

A modernização da gestão em saúde exige o uso de tecnologias que possibilitem o acompanhamento, controle e análise eficiente das informações geradas em todos os níveis da Rede de Atenção. Nesse contexto, sistemas de informação integrados são fundamentais para assegurar a qualidade dos dados, a continuidade do cuidado ao paciente, a eficiência administrativa e a transparência na gestão pública.

A implantação de um sistema de Registro Eletrônico das Atividades Assistenciais (REAA) tem como objetivo modernizar, padronizar e qualificar a documentação das práticas clínicas e administrativas desenvolvidas na unidade de saúde. Essa iniciativa está alinhada às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS),

à Estratégia e-Saúde do Ministério da Saúde e às normativas vigentes, como a RDC nº 36/2013, a Portaria GM/MS nº 1.412/2013 e a Lei nº 13.787/2018.

O objetivo principal é implementar um sistema de prontuário eletrônico integrado, seguro e interoperável, que possibilite o registro e o acesso em tempo real às atividades assistenciais, promovendo a melhoria da qualidade do cuidado, a rastreabilidade das ações, a eficiência na gestão da informação e o suporte à tomada de decisões clínicas e gerenciais.

Dentre as metas estratégicas da implantação, destacam-se: informatizar os fluxos assistenciais e administrativos; garantir a segurança e confidencialidade das informações; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; aumentar a resolutividade e a continuidade do cuidado; e subsidiar a geração de indicadores e relatórios para avaliação e planejamento.

A informatização deve contemplar os seguintes setores da unidade:

- Acolhimento e Classificação de Risco;
- Consultórios médicos e de enfermagem;
- Sala de medicação e procedimentos;
- Sala de emergência e leitos de observação;
- Farmácia e dispensação de medicamentos;
- Apoio diagnóstico (laboratório e imagem);
- Assistência multiprofissional (psicologia, serviço social, entre outros);
- Regulação e encaminhamentos.

Para que o sistema atenda às demandas clínicas, administrativas e gerenciais da unidade de saúde, é necessário que ofereça um conjunto de funcionalidades essenciais, com usabilidade simples, segurança, interoperabilidade e adaptação à realidade local. Dentre essas funcionalidades, destacam-se:

1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP): Permitir o registro completo e estruturado do histórico clínico do paciente, com dados demográficos, queixas principais, diagnósticos, condutas, prescrições, exames e evolução, acessível por todos os profissionais, respeitando os níveis de acesso e sigilo.

2. Prescrição Eletrônica: Garantir a emissão segura e legível das prescrições, com alertas de interações medicamentosas, doses incompatíveis, alergias registradas e controle de tempo de administração.

3. Evolução e Anamnese Multiprofissional: Permitir que médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais registrem suas evoluções e planejamentos terapêuticos de forma integrada, promovendo o cuidado multiprofissional.

4. Registro de Procedimentos e Atendimentos de Enfermagem: Registrar de forma padronizada os procedimentos realizados (medicação, curativos, sondagens, nebulizações etc.), com data, hora, profissional responsável e materiais utilizados.

5. Solicitação e Resultados de Exames: Permitir a solicitação eletrônica de exames laboratoriais e de imagem, com rastreabilidade dos pedidos, recebimento automático dos resultados e visualização integrada ao prontuário do paciente.

6. Gestão de Leitos e Observação Clínica: Controlar, em tempo real, a ocupação de leitos, tempo de permanência, situação clínica, transferências e altas, além de apoiar o fluxo de regulação.

7. Controle de Estoque e Farmácia: Integrar a farmácia da unidade, com controle de entrada e saída de medicamentos, rastreabilidade de lotes, controle de validade e dispensação vinculada à prescrição eletrônica, com emissão de relatórios de consumo e estoques críticos.

8. Emissão de Documentos e Relatórios: Gerar atestados, encaminhamentos, notificações compulsórias, relatórios assistenciais, estatísticos e administrativos de forma automatizada, otimizando a rotina da equipe.

9. Integração com Sistemas Externos: O sistema deve ser interoperável com plataformas do Ministério da Saúde, como e-SUS APS, SISREG, GAL, RNDS, S-CNES, entre outros, e com o sistema de informação da Secretaria Estadual de Saúde. Isso assegura a continuidade do cuidado, o cumprimento das exigências legais e a qualificação da gestão da informação.

A integração digital é essencial para consolidar uma visão ampla e unificada dos dados assistenciais e administrativos, fortalecer a vigilância em saúde, promover eficiência no uso dos recursos públicos e facilitar o monitoramento dos resultados. A ausência de integração compromete a continuidade do cuidado ao paciente, a confiabilidade das informações epidemiológicas e assistenciais, a efetividade da regulação de vagas e o planejamento estratégico baseado em dados reais.

Além disso, a utilização de um sistema ineficiente ou fragmentado gera retrabalho, atrasos nos atendimentos, baixa produtividade e dificuldade para o cumprimento de metas pactuadas com o Ministério da Saúde, que exige interoperabilidade, segurança da informação e gestão orientada por dados.

A segurança da informação é um dos pilares do sistema, devendo ser garantida por mecanismos como: controle de acesso por login e senha individual; criptografia de dados; backup automático; e registro detalhado de todas as ações realizadas pelos usuários (log de auditoria).

O modelo ideal de sistema deve ser 100% Web ou em nuvem, com acesso seguro, login individualizado e funcionalidades completas do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Deve ainda contar com suporte técnico contínuo, atualizações periódicas e materiais de capacitação disponíveis para os profissionais da rede.

Por fim, destaca-se como um dos principais desafios à digitalização plena dos registros de saúde a implementação da assinatura eletrônica qualificada por parte dos profissionais da rede. Embora o PEC permita o registro estruturado das informações clínicas, a ausência de uma solução viável e segura de certificação digital impede que o prontuário tenha validade jurídica plena. A superação dessa barreira é essencial para que a unidade avance na consolidação do prontuário 100% digital, eliminando a necessidade de impressões, reduzindo custos e assegurando a integridade, rastreabilidade e segurança das informações em saúde.

A proposta de implementação do Registro Eletrônico das Atividades Assistenciais (REAA) visa modernizar e qualificar os processos de trabalho da unidade de saúde por meio da informatização dos registros clínicos e administrativos. A implantação do sistema contribuirá diretamente para a melhoria da qualidade do cuidado ao paciente, a eficiência na gestão dos recursos e o fortalecimento da rede assistencial, com foco na continuidade e resolutividade do atendimento.

A implementação do REAA será conduzida em fases bem definidas, iniciando-se com o diagnóstico situacional e o levantamento de requisitos, visando identificar as necessidades específicas da unidade de saúde, seleção e contratação do sistema mais adequado, considerando critérios como homologação pelo Ministério da Saúde, interoperabilidade e usabilidade, adequação da infraestrutura tecnológica, incluindo aquisição de equipamentos, rede segura e suporte técnico e a capacitação das

equipes multiprofissionais, com treinamentos voltados ao uso do sistema e às boas práticas de registro. A implantação será realizada de forma gradual, iniciando com projetos-piloto e expandindo para todos os setores, até atingir a consolidação do sistema. Por fim, serão estabelecidos processos contínuos de monitoramento, avaliação e aperfeiçoamento, garantindo a sustentabilidade e a melhoria contínua da solução implantada. Diretrizes conforme apresentado no quadro abaixo:

ITEM		DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES
RECURSOS NECESSÁRIOS	Equipamentos	Computadores, tablets, rede Wi-Fi, impressoras	Garantir cobertura e acesso em todos os setores assistenciais
	Software	Sistema homologado pelo Ministério da Saúde	e-SUS APS, e-SUS Urgência, MV, SoulMV, Hygia etc.
	Treinamento dos Profissionais	Capacitação de todos os usuários do sistema	Médicos, enfermagem, apoio, administrativo
	Segurança da Informação	Políticas de proteção de dados, backups, controle de acesso	Conforme LGPD e normas da saúde digital
	Equipe de TI / Suporte	Profissionais internos ou terceirizados para instalação, suporte técnico e manutenção	Atendimento contínuo e presencial/remoto
ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO	Diagnóstico Situacional	Levantamento de infraestrutura, fluxo de trabalho e necessidades	Identificar gargalos e oportunidades
	Seleção do Sistema	Avaliação e escolha da plataforma mais adequada	Considerar custo, usabilidade, suporte e compatibilidade
	Infraestrutura Tecnológica	Instalação de rede, equipamentos e sistema	Adequar layout físico e rede lógica
	Capacitação das Equipes	Treinamentos técnicos e operacionais	Planejar cronograma com carga horária
	Implantação por Etapas	Fase piloto, expansão progressiva e consolidação	Avaliar impactos em cada fase
	Monitoramento e Avaliação	Acompanhamento contínuo de indicadores e sugestões de melhoria	Garantir adesão e resolver falhas
RESULTADOS ESPERADOS	Qualidade e Segurança	Melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência	Redução de erros e eventos adversos
	Rastreabilidade	Controle preciso dos procedimentos realizados	Suporte à auditoria e conformidade
	Agilidade no Atendimento	Redução de retrabalho e maior fluidez nos processos	Melhor aproveitamento da equipe
	Integração em Rede	Comunicação com outras unidades e sistemas	Aumenta a continuidade do cuidado
	Base para Indicadores	Produção automatizada de dados e relatórios	Apoia decisões clínicas e geren

** Este cronograma de implantação poderá ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição.*

2.23 IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS

2.23.1 Proposta de Integração Gerencial das Unidades

A Unidade Pronto Atendimento de São Vicente adotará metodologias como o Acolhimento com Classificação de Risco, fundamentado no Política Nacional de Humanização (PNH) adaptado *a realidade local como descrito no tópico referente a ACCR*, garantindo atendimento por ordem de gravidade e não apenas por ordem de chegada. A escuta qualificada, a abordagem ética e o respeito à diversidade cultural e social serão promovidos em todos os setores da unidade.

- Ferramentas e estratégias:
- Fluxos de comunicação ativa entre equipe e usuários;
- Painéis de humanização e ouvidoria ativa;
- Capacitação em comunicação empática e bioética;
- Espaços acolhedores para acompanhantes e familiares.

Integração Multidisciplinar e de Processos: na atuação das equipes será organizada com base na metodologia Lean Healthcare e no modelo Kanban de fluxos internos, otimizando processos e reduzindo desperdícios de tempo e recursos. Reuniões de passagem de plantão, checklists assistenciais e protocolos clínicos baseados em evidências garantirão a sinergia entre os setores.

Instrumentos de apoio:

- Reuniões diárias de alinhamento com uso de quadros visuais (Gestão à Vista);
- Prontuário Eletrônico Integrado (PEP) e ou manuais;
- Fluxogramas assistenciais integrando acolhimento, observação, medicação e desfecho;
- Protocolos para pacientes com condições crônicas, psiquiátricas ou complexas.

Articulação com a Rede SUS e Regulação: a UPA funcionará articulada com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), utilizando o Sistema Nacional de Regulação, sistemas municipais/ estaduais para referenciação e contrarreferência.

- Medidas implementadas:
- Adesão a protocolos de encaminhamento padronizados;
- Equipe técnica dedicada à articulação com a Central de Regulação;
- Participação em reuniões da Rede de Urgência e Emergência (RUE);
- Mapeamento de serviços de referência e especialidades da microrregião.

Inovação Tecnológica e Sustentabilidade: a informatização dos processos poderá ser reforçada com a adoção de sistemas integrados e interoperáveis.

Ferramentas digitais adotadas:

- Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);
- Sistema de Gestão de Leitos e de Prescrição Eletrônica;
- Sistema de análise de indicadores e relatórios gerenciais;
- Controle informatizado de farmácia e almoxarifado;
- Sistema de triagem digital com tempo real de atendimento;
- Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) com automação de coleta de dados.

Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente: será implementado o Núcleo de Qualidade, Segurança e Processos (NQSP) com aplicação das 6 metas internacionais de segurança do paciente, auditorias internas e ações corretivas e preventivas (ACP/APP).

Ferramentas e indicadores:

- Planilhas eletrônicas de rastreabilidade de eventos adversos;
- Formulários de incidentes sem punição;
- Análise mensal de taxa de retriagem, tempo de permanência, absenteísmo;
- Auditoria de prontuários clínicos com devolutivas educativas.

Saúde Mental e Apoio Psicossocial: a gestão da UPA contemplará a inclusão de psicólogos, assistentes sociais e apoio às equipes por meio de ações de saúde mental e autocuidado.

Ações previstas:

- Protocolo de atendimento em crise;
- Sala reservada para escuta qualificada;
- Encaminhamento estruturado para CAPS, CREAS e rede psicossocial;
- Rodas de conversa e atendimentos coletivos com equipe.

Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço: será instituído o Núcleo de Educação Permanente (NEP) com formação continuada, simulações realísticas, capacitações obrigatórias e gestão do conhecimento.

Metodologias utilizadas:

- Educação em serviço por competências;
- Avaliação de desempenho com devolutiva pedagógica;
- Integração com instituições de ensino para estágio supervisionado;
- Calendário semestral de treinamentos por área temática.

Governança Clínica, Participação e Transparência: a gestão contará com instâncias deliberativas e consultivas com participação das equipes, como:

- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética Enfermagem;
- Comissão Controle de Infecção Relacionada Assistência Saúde;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- Comissão de Óbito;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Humanização;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Núcleo de Segurança do Paciente.

Instrumentos de governança:

- Dashboard gerencial com metas e resultados;

- Auditoria mensal e prestação de contas trimestral;
- Reuniões de análise crítica e planos de melhoria contínua.

A proposta de integração gerencial da UPA transcende a simples coordenação administrativa, configurando-se como uma estratégia institucional de transformação organizacional e qualificação da assistência. Por meio de ferramentas modernas de gestão, monitoramento contínuo, cultura colaborativa e responsabilidade social, a unidade se posiciona como referência na Rede de Urgência e Emergência, assegurando à população atendimento humanizado, resolutivo e seguro.

2.23.2 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos

Nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), o Setor de Faturamento representa uma área essencial para a viabilidade financeira, a transparência e a gestão eficiente dos serviços de saúde ofertados à população. O seu papel vai muito além do registro de procedimentos: trata-se de uma instância estratégica que atua na articulação entre a produção assistencial e o repasse de recursos por meio de sistemas regulatórios e financeiros do SUS.

A estruturação adequada desse setor é imprescindível para a sustentabilidade da unidade, garantindo que todas as ações realizadas sejam devidamente registradas, auditadas, codificadas e transmitidas aos sistemas de informação do Ministério da Saúde, como o SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) e o SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais), ambos sob gestão do DATASUS.

Atribuições Gerais do Setor de Faturamento na UPA

O setor é responsável por gerir todo o ciclo do faturamento dos atendimentos de urgência e emergência prestados na UPA, desde o registro e conferência da documentação clínica até a codificação dos procedimentos e o envio dos dados aos órgãos competentes. Entre suas principais atribuições, destacam-se:

- Conferência e organização dos prontuários de atendimento (manuais ou eletrônicos), assegurando que contenham informações legíveis, completas e consistentes;

- Codificação precisa dos procedimentos e atendimentos, com base na Tabela SIGTAP/SUS, obedecendo às diretrizes vigentes;
- Alimentação dos sistemas oficiais, como SIA/SUS (Boletins de Produção Ambulatorial - BPA Individualizado ou Consolidado) e CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde);
- Controle e prevenção de glosas técnicas, mediante auditoria prévia dos prontuários e interface direta com a equipe multiprofissional;
- Elaboração, conferência e envio da produção mensal à Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde, conforme cronograma estabelecido;
- Manutenção dos arquivos digitais e físicos com toda a documentação comprobatória exigida, garantindo a rastreabilidade da produção;
- Geração de relatórios mensais e estatísticos, subsidiando o setor administrativo e a diretoria da UPA no planejamento e na tomada de decisões.

O setor de faturamento é um dos principais responsáveis pela retomada financeira da produção assistencial da UPA, permitindo que os serviços prestados sejam convertidos em repasses por parte do SUS. A sua atuação adequada:

- Evita perdas financeiras, minimizando glosas e recusas por inconsistência documental;
- Assegura transparência e confiabilidade nos dados informados aos sistemas oficiais;
- Viabiliza a manutenção e melhoria dos serviços, por meio do correto repasse de recursos;
- Fortalece a regulação em saúde, permitindo o monitoramento efetivo da produção ambulatorial da UPA.

Equipe Técnica e Responsabilidades

- Responsável pelo Setor de Faturamento, compete:

✓ Gerenciar a rotina operacional do setor;

✓ Supervisionar e capacitar a equipe;

✓ Elaborar cronogramas, escalas e planos de trabalho;

✓ Manter comunicação direta com os setores assistenciais;

- ✓ Acompanhar os indicadores de glosas, produtividade e efetividade do faturamento;
- ✓ Participar de reuniões com a direção administrativa e técnica;
- ✓ Zelar pelo cumprimento dos prazos e pela qualidade das informações enviadas.

- Auxiliares ou Técnicos de Faturamento, competem:
- ✓ Receber e organizar os prontuários dos atendimentos;
- ✓ Validar e digitar os procedimentos nos sistemas (BPA, CNES, etc.);
- ✓ Confrontar os registros clínicos com a documentação de suporte (exames, prescrições, evoluções, etc.);
- ✓ Colaborar com a codificação correta dos atendimentos;
- ✓ Participar das auditorias internas;
- ✓ Elaborar relatórios mensais e colaborar na análise dos indicadores;
- ✓ Zelar pela ética e sigilo das informações;
- ✓ Atualizar-se constantemente sobre normativas do Ministério da Saúde e portarias relacionadas ao faturamento.

Fluxo Operacional do Faturamento na UPA

1. Registro do Atendimento: Profissionais da assistência (médicos, enfermeiros, técnicos) realizam e registram o atendimento do paciente.
2. Encaminhamento de Prontuário: Após a finalização do caso, o prontuário é encaminhado ao setor de faturamento.
3. Conferência e Auditoria: A equipe de faturamento analisa a documentação, identifica pendências e, se necessário, devolve à assistência para correção.
4. Codificação e Digitação: Procedimentos são codificados conforme a Tabela SUS e lançados no sistema SIA/SUS.
5. Geração de Arquivos e Relatórios: São produzidos arquivos BPA-I, BPA-C e relatórios de produção.
6. Envio à Secretaria de Saúde: Toda a produção do mês é enviada à Secretaria Municipal de Saúde dentro do prazo regulamentar.
7. Recebimento de Feedback: A Secretaria devolve relatório com procedimentos aceitos e glosados. O setor revisa, corrige e reapresenta, se cabível.

8. Registro e Armazenamento: Toda a produção é registrada em planilhas de controle e os documentos físicos arquivados.

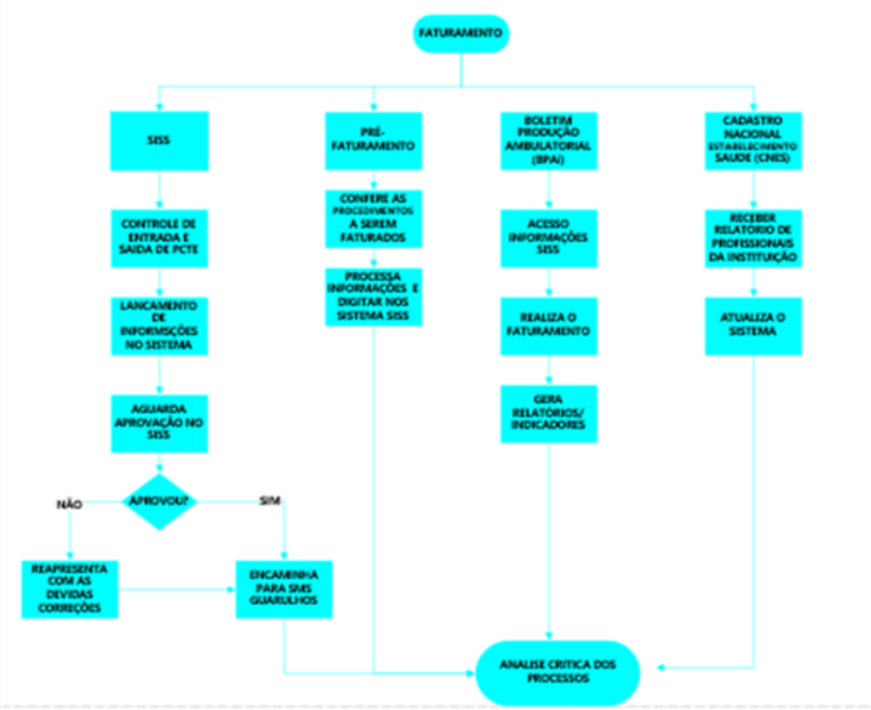
O faturamento correto, completo e no prazo garante que os serviços de urgência e emergência oferecidos pela UPA sejam reconhecidos e financiados adequadamente. O não cumprimento dos critérios técnicos definidos pelo SUS pode resultar em glosas, comprometendo a receita da unidade e impactando diretamente na capacidade de manutenção de insumos, estrutura física, RH e equipamentos.

Além disso, o setor de faturamento contribui com a qualificação das informações em saúde, sendo essencial para:

- Alimentar as bases de dados nacionais;
- Permitir a análise epidemiológica e de perfil de demanda;
- Planejar ações e políticas públicas mais eficazes.

Quando estruturado com profissionais qualificados, sistemas informatizados integrados e protocolos bem definidos, assegurará que toda a produção assistencial da unidade seja devidamente registrada, validada e repassada aos sistemas oficiais, resultando em um serviço sustentável, transparente e alinhado aos princípios do SUS.

Fluxo de Faturamento



**Nota: Modelo a ser adaptado de acordo com a realidade do serviço.*

MANUAL DE FATURAMENTO

FATURAMENTO DO BPA MAG/SISCAN

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Faturamento de Atendimento de Urgência/Emergência	Receber as fichas de pronto atendimento do setor de acolhimento diariamente, protocolando-as adequadamente. Fazer contagem dos procedimentos realizados conforme Ficha de atendimento e inserir no Sistema Bpa Mag ou SUS Bpa os códigos, CBO e quantidade de procedimentos realizados no mês.
2 – Faturamento dos setores de Métodos Gráficos, Imagem diagnóstico, Fisioterapia, Ambulatório de consultas especializadas, Oncologia e Agência Transfusional	Imprimir relatório de procedimentos executados diariamente nos setores de Métodos Gráficos, Imagem, Agência Transfusional, Oncologia via sistema Sistema. Receber do setor de SPP no quarto dia útil do mês relatório de total de consultas de fisioterapia e médica realizadas nos ambulatórios respectivos. Receber fichas ou imprimir relatórios dos atendimentos referentes aos pequenos procedimentos cirúrgicos (Biopsias, Exerese e Excisão) realizados no setor de oncologia e ambulatório.
3 – Executar Produção via sistema pelo SUS Bpa.	Executar e inserir as contas da produção ambulatorial no protocolo de destino do SUS Bpa.
4 - Verificação de FPO.	Verificar se as quantidades estão dentro da folha orçamentária, caso não esteja, solicitar nova programação para competência.
5 - Exporta protocolo via sistema pelo SUS Unificado	Exportar os protocolos da competência do SUS Bpa para o Bpa Magnético.
6 – Receber fichas de anestesias do setor de imagem.	Protocola ficha de ato anestésico realizados em regime ambulatorial na imagem.

7 - Faturar as fichas anestésicas.	Preencher o código de procedimento de todos os procedimentos realizados no âmbito ambulatorial, identificando-os grupos e sub-grupos até o 10º dia útil de cada mês.
8- Receber produção do laboratório	Receber mensalmente a produção do laboratório com todos os procedimentos realizados em regime ambulatorial.
9 - Digitação dos procedimentos ambulatoriais.	Inserir via sistema Bpa Mag todos os pacientes que realizaram procedimentos ambulatoriais
10 – Prévia dos valores dos sistemas ambulatórios.	Avaliar a prévia dos valores da produção ambulatorial, verificando possíveis erros e identificando soluções.
11 – Solicitação de acesso ao SCPA.	Solicitar em formulário web os dados do profissional de saúde para gestor estadual com todos dados obrigatórios, cartão SUS, e-mail institucional ou pessoal, nome, CPF, País, sexo, Órgão ou Unidade, cargo, Estado, município, endereço completo, telefone da unidade e ramal do setor e senha de acesso. Após solicitação de cadastro ao sistema, solicitar acesso aos sistemas disponíveis para estabelecimento, escolher a opção solicita acesso aos sistemas, escolher o sistema desejado (SISCAN) e perfil desejado PSA – Prestador de serviço Administrativo ou Máster Administrativo Técnico e avançar para o filtro de detalhamento de esfera, escolhendo o País, Estado, Regional de Saúde (9º Regional) e Estabelecimento de Saúde.
12 – Acesso ao sistema Siscan Web.	Entrar no módulo Siscan Web, na ferramenta gerenciar exame e pesquisar unidade de saúde solicitante pelo CNES, em seguida escolher o tipo de exame a ser realizado (Mamografia), escolher a tela dará o numero do exame, protocolo e prontuário todas as requisições das unidades de saúde vinculadas ao hospital ou se caso for paciente interno escolher a opção novo, para cadastramento dos dados do paciente para solicitação de exame desejado. Os exames com resultados podem ser alterados a

	qualquer momento e exames liberados só podem ser alterados antes do encerramento da competência e após autorização da unidade de saúde solicitante, através de um destravamento do laudo para incluir resultado qualquer profissional do prestador de serviço pode realizar. Após passo a passo preencher todos os campos obrigatórios do laudo do exame e liberar para impressão assinatura do médico radiologista.
13 – Encerrar Competência de Exportação do banco do Siscan.	Localiza a função exame, selecionar encerrar competência e gerar arquivo de produção de Bpa Individualizado para o SIA.
14 – Download do banco de produção do Siscan.	Gerar download do arquivo de produção, protocolo de entrega e prévia do encerramento de competência.
15 – Backup dos sistemas.	Realizar backup de todos os sistemas de informações mensalmente após exportação de dados.
16 – Envio da produção dos sistemas Bpa e Siscan.	Exportação das informações ambulatoriais para o SIA/DSA/DAS/DDASS/SESPA via CD-R ou Email e protocolo de envio até o 10º dia útil de cada mês.

REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SCNES

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Colher informações cadastrais do corpo clínico para o CNES.	Atualizar mensalmente os profissionais que saíram ou entraram no quadro clínico da unidade de saúde até o 1º dia útil de cada mês.
2 – Receber mensalmente Ficha de cadastro de profissional.	Receber ficha de profissionais de ensino médio, superior e residência multiprofissional conforme cronograma de admissão. Todas as fichas devem está devidamente preenchida conforme os campos demarcados na ficha.

3 – Colher informações cadastrais de instalação física para assistência.	Atualizar a infra-estrutura do estabelecimento de saúde, (consultórios médicos, sala de gesso, leitos, etc.).
4 – Serviços de apoio.	São serviços de suporte para funcionamento dos setores.
5 - Serviços especializados.	Atualizações dos serviços ambulatoriais diagnósticos e terapêuticos, e sistema de serviços da unidade de saúde oferecidos pela instituição até o 1º dia útil de cada mês.
6 – Módulo de leitos.	É feita a atualização, inclusão e retirada de leitos no estabelecimento até o 1º dia útil de cada mês.
7 – Serviços de habilitações.	Atualizar mensalmente serviços de alta complexidade conforme habilitação credenciada pela secretaria de atenção a saúde – SAS até o 1º dia útil de cada mês
8 - Atualizações de carga horária.	Atualizar mensalmente carga horária de médicos prestadores de serviço conforme ultrapassada as 66 horas semanais até o 1º dia útil de cada mês.
9 – Atualizar cartão nacional de saúde de profissional.	Atualizar mensalmente CNS de todos profissionais que estão vinculados com o estabelecimento de saúde executante via oline até o 1º dia útil de cada mês.
10 – Atualizar Profissionais com Carga Horária superior acima de 168 h	Atualizar mensalmente arquivo de carga horária de trabalho dos profissionais de saúde que estão superior a 168 horas na rede pública e privada.
11 – Atualizar Profissionais com mais de 2 vínculos públicos.	Atualizar mensalmente arquivo de carga de profissionais com mais de 2 vínculos públicos na rede.
12 – Atualizar Profissionais com	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de profissionais com mais de 5 vínculos privados na rede.

mais de 5 vínculos privados	
13 - Atualizar CRM de Profissionais	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de CRM do profissional que se encontra lotado no estabelecimento, para compatibilizar registro com situação cadastral.
14 – Atualizar Profissionais ESF em de estabelecimentos.	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de profissionais da saúde família que estão em mais de 3 estabelecimentos.
15– Atualizar estabelecimentos Notificantes	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de estabelecimentos notificantes.
16 – Atualizar equipes validas Brasil	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de equipes válidas do Brasil.
17 – Atualizar Profissionais equipe Brasil	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de profissionais de equipes do Brasil.
18- Atualizar Municípios Brasil/Incentivo e Adesão Municipal	Atualiza mensalmente o arquivo de carga de municípios Brasil / Incentivo e Adesão Municipal para acompanhamento Físico Orçamentário do estabelecimento.
19 – Advertência do sistema.	Realizar advertência no sistema conforme dados informados para identificação de futuros erros na base dados do estabelecimento cadastrado até o 1º dia útil de cada mês.
20 – Consistências do Sistema	Realiza consistência do sistema com intuito de verificar se há condições de exportação dos dados cadastrados para gestor estadual mensalmente.
21 - Advertência do Sistema	Realiza advertência do sistema para gerar relatório de erros criados pelo sistema.
22 – Exportação do Sistema	Exportar banco de dados contento a base do estabelecimento de saúde para o gestor estadual para atualização na base federal do Datasus até o 5º dia útil de cada mês.

ATUALIZAÇÕES DE SISTEMAS SUS E INSTITUCIONAIS

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Atualização do Sigtap.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas da tabela no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site:http://sigtap.datasus.gov.br/tabela- unificada/app/ download.jsp para atualização de versão obrigatória do banco da tabela de procedimentos e sistema da competência corrente.
2 – Atualização do Bpa Magnético.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do sistema Bpa Magnético no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) site: http://sia.datasus.gov.br/versao/listar_ftp_bpa.php para atualização de versão obrigatória da competência corrente.
3 – Atualização do CNES.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do CNES no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://cnes.datasus.gov.br/ para atualização de versão e arquivos obrigatórios da competência corrente.
4 – Atualizações do SISMAMA	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do SISMAMA no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=02 para atualização de versão obrigatória da competência corrente.
5 – Atualizações da Apac Mag.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas da APAC Magnética no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://sia.datasus.gov.br/versao/listar_ftp_apac.php para atualização de versão obrigatória da competência corrente.
6 – Atualizações do SISAIH	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do SIAIH no Departamento Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://sihd.datasus.gov.br/versao/versao_sisaih01.php para atualização de versão obrigatória da competência corrente.
7 – Atualização do Modulo Autorizador.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do Módulo Autorizador no Departamento Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://sihd.datasus.gov.br/versao/versao_

	autorizador.php para atualização de versão obrigatória da competência corrente.
8 –Atualização do banco de tabelas do Bpa e Apac's.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do BDSIA no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://sia.datasus.gov.br/versao/listar_ftp_sia.php para atualização e carga nos sistemas BPA e Apac da competência corrente.
9 – Atualizações da base de carga SUS Unificado	Importar carga de tabelas e versões novas na base do gerenciamento da função SUS Unificado do sistema Sistema dos sistemas SISAIH, BPA, APAC E SIGTAP para processamento dos sistemas de informações de faturamento. Obs: Todas as atualizações devem ser importadas quando lançada uma nova versão no site do DATASUS.

SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA E REPRESENTAÇÃO AIH

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Registro de solicitação de Liberação de CBO	Solicitar liberação por Aih, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar aih's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Obs: Caso o CBO informado na produção seja diferente do que está definido no SIGTAP do procedimento realizado, solicitar liberação de crítica no SISAIH01 OU SUSAIH.
2 – Registro de solicitação de Liberação de CNS	Solicitar liberação por AIH, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar AIH's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Obs: Quando o cartão nacional de saúde do paciente não estiver preenchido e o caráter de atendimento variar de 02 à 06, a solicitação de liberação de CNS deverá ser informada no SISAIH01 OU SUSAIH.
3 - Registro de solicitação de Liberação de	Solicitar liberação por AIH, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar AIH's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial.

Idade Maior ou Menor	Obs: Os procedimentos que determinam idade maior ou menor, mas que de fato ocorreram em idade diferente, deve-se solicitar liberação de critica informando no SISAIH01 OU SUSAIH.
4 - Registro de solicitação de Liberação de Quantidade Máxima	Solicitar liberação por AIH, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar AIH's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Obs: Esta liberação de crítica está restrita aos procedimentos que tem o atributo complementar "Admite liberação de quantidade na AIH" no SIGTAP. Observar quais procedimentos pode ser liberado por quantidade e informado no SISAIH01 OU SUSAIH.
5 - Registro de solicitação de Liberação de Telefone	Solicitar liberação por AIH, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar AIH's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Obs: É obrigatório o preenchimento do telefone, caso não tenha solicitar liberação no sistema.
6 - Registro de solicitação de Liberação de Tempo de Permanência	Solicitar liberação por AIH, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar AIH's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Procedimentos com quantidade de dias inferior ao previsto no SIGTAP são rejeitados por motivo de permanência menor em número de dias (menos de 50% dos dias previstos) do que o definido na tabela de procedimentos, mas houve alta precoce do paciente, pode se solicitar liberação de crítica no sistema SISAIH01 OU SUSAIH.
7 – Solicitação de AIH's Bloqueadas	Solicitar liberação de crítica do processamento de faturamento, ocorrido na prestação de serviço da unidade de saúde pelos motivos citados acima, pôr da auditoria SUS/DOCA/9ºCRS via documento oficial datado e

para Análise do Gestor	assinado pelo auditor médico autorizador solicitando liberação dos itens, 1,2,3,4,5 e 6 concomitante aos demais bloqueios abaixo; Quando houver mais de uma AIH para o mesmo paciente, que pode ser por emissão de nova AIH em paciente internado ou reinternação, quer seja no mesmo estabelecimento ou em outro estabelecimento, que possuam períodos de internação sobrepostos ou data de entrada em até 3 dias a partir da data de saída da AIH anterior o gestor pode liberá-las ou não para processamento.
8 – Liberação e representação de bloqueio do Gestor.	As AIH bloqueadas, após a análise e recomendação do gestor, serão liberadas pelo serviço (obrigatório), para serem desbloqueadas para processamento quando permitido, após a correção das informações. Essas AIH, quando reapresentadas, estarão identificadas como “BLOQUEADAS EM PROCESSAMENTO ANTERIOR” cabendo ao gestor uma nova análise e liberação, quando indicada. Representar todas AIH’s bloqueadas em competência anterior, para apresentação seguinte, conforme fluxo do Gestor.

AUDITORIA MÉDICA SUS

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1- Exportação de protocolo de AIH’s do SUSAIH	Consistir protocolo fechado do SUSAIH para verificação de erros, após exportar banco para importação no Sistema SISAIH.
2- Emissão de relatório dos laudos de solicitação de AIH’s.	Após exportação do protocolo de contas médicas, acessar a função gestão autorização SUS no relatório Cate 00191, selecionar lote, tipo lote e unidade de internação. Visualizar e imprimir relação dos dados das contas processadas na competência corrente, anexar lista no bloco de AIH’s conforme ordem alfabética.
3 – Envio de remessa de AIH para Auditoria SUS.	Envio de remessa de AIH´s via oficio e lista contendo, quantidade de laudos total, laudos por clínica, nome do paciente, número de prontuário, procedimento realizado, CID e Médico responsável.

4 – Recebimento de remessas de AIH do faturamento	Conferir juntamente com setor de Auditoria SUS todos os laudos de AIH's entregues conforme protocolo. Obs: Realizar a mesma atividade no retorno das contas autorizadas.
5 – Autorizações de AIH's	Analisar tecnicamente os protocolos clínicos locais e nacionais avaliando a internação solicitada dos laudos para emissão de AIH e permitir ou não aquela autorização ou aquele procedimento realizado no paciente na unidade executante. Inserir a partir do sistema módulo autorizador todas as AIH's autorizadas pelo auditor e imprimir etiquetas com a numeração de AIH com 13 dígitos e incluindo seu dígito verificador e anexar nas contas médicas. Obs: O gestor deve remeter todas as AIH's autorizadas para hospital solicitante, caso haja bloqueio de conta, o auditor deve remeter relatório analítico das AIH's bloqueadas e o motivo para avaliação e correção. Todas as AIH's devem está assinadas e carimbadas pelo médico auditor
6 – Emissão de relatório do modulo autorizador	Enviar relatório de AIHs autorizadas para o setor de faturamento para inserir número de faixas em SISAIH OU SUSAIH.
7 – Recebimento de AIH's	Verificar junto ao setor de Auditoria SUS, se todas AIH's e chekin's autorizadores estão devidamente assinadas pelo Médico Autorizador Verificar se todas as contas médicas foram reenviadas conforme protocolo Cate00191.
8 – Inserir número de faixas de AIH's	Preencher número de AIH's sem numeração vinculadas ao processamento corrente, compatibilizando número de prontuário, data de internação e data de saída nos sistemas SISAIH. Obs: Observar atentamente os números de prontuários e faixas de AIH's para evitando erros de cadastro.

9 – Substituição de faixa de AIH definitiva no SUSAIH	Acessar remessa de AIH's função (Protocolo), selecionar conta do paciente, clicar com o botão direito e substituir nº de atendimento pela faixa de AIH definitiva, referente à competência corrente.

FATURAMENTO DA APAC DE OFTALMOLOGIA

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 - Preenchimento de Apac – Autorização de Procedimentos de Alta complexidade	Preenche formulário de APAC conforme serviço solicitado de Oftalmologia, com nome do paciente, cartão sus, endereço, data de nascimento, raça, número de prontuário, município de residência, sexo, código e descrição do procedimento solicitado, descrição do diagnóstico, CID principal, Observações, nome do profissional solicitante, data de solicitação, assinatura e carimbo do conselho, CPF ou CNS do profissional
2 – Recebimento de APAC.	Receber laudo de emissão de autorização de procedimentos de alta complexidade com os respectivos códigos de procedimento realizados do acolhimento diariamente.
3 – Inserir via produção no sistema APAC Magnética.	Armazena todos os dados sobre produção e cadastro de pacientes e de estabelecimentos de saúde autorizados a realizar procedimentos de média e de alta complexidade que prescinde de autorização.
4 – Emitir relatório de prévia dos valores apresentados.	Consistir relatório de prévia para valoração de valores de procedimentos apresentados na competência.
5 – Exportação de Faturamento	Exportar banco de produção para o gestor estadual para processamento no SIA.

ACESSO AO PRONTUÁRIO

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Solicitação pelo próprio paciente	O prontuário pertence ao paciente, portanto é um direito do paciente ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (CRM, Coren, etc.), podendo, inclusive, solicitar cópias do mesmo.
2 - Solicitações por familiares e/ou do responsável legal do paciente.	Quando da solicitação do responsável legal pelo paciente – sendo este menor ou incapaz – o acesso ao prontuário deve ser-lhe permitido e, se solicitado, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas. No caso de ter havido óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a "causa morte". Em qualquer caso, o prontuário original, na sua totalidade ou em partes, não deve ser fornecido aos solicitantes, pois é documento que, obrigatoriamente, precisa ser arquivado pela entidade que o elaborou. Os laudos médicos emitidos a partir das informações constantes do prontuário do paciente não podem ser registrados facultando-se, porém, a critérios da entidade, a cobrança das xerocópias quando fornecidas por ela.
3 – Solicitação por outras entidades.	Salvo com autorização expressa do paciente é vedado ao médico fornecer tais informações, (Artigo 102 do CEM), salvo por justa causa, isto é, quando diante de um estado extremo de necessidade. Haverá justa causa quando a revelação for o único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si e para outro. O acesso ao prontuário pelo médico auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que ele tem atribuição de perito para analisar a cobrança dos serviços prestados, cabendo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e registrados, tendo, inclusive, o direito de examinar o paciente para confrontar o descrito no prontuário. Esse

	acesso deve ocorrer dentro das dependências da instituição de assistência à saúde responsável por sua posse e guarda. O hospital não pode ser obrigado, a qualquer título, a enviar os prontuários para qualquer instituição pública ou privada (Resolução CFM n.º 1614/2001).
4 – Solicitação do prontuário do paciente por autoridades policiais ou judiciárias	Com relação ao pedido de cópia do prontuário por Autoridades Policiais e/ou Judiciárias por "justa causa" ou implicando em "dever legal" ou por autorização expressa do paciente, o médico está liberado do segredo. No entanto, o segredo médico também não deve ser revelado para autoridade judiciária ou policial. Não há disposição legal que respalde ordens desta natureza. De acordo com o entendimento do Supremo Tribunal Federal no "Habeas Corpus" n.º 39308 de São Paulo, cuja ementa é a seguinte: "Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais." Por força do sigilo, as informações contidas no prontuário do paciente alcançam todos os profissionais e pessoas afins que, por dever de ofício, tenham acesso ao prontuário. O médico não está obrigado a comunicar às autoridades crime pelo qual seu paciente possa ser processado. O dever de manutenção do segredo médico decorre de necessidade do paciente em confiar em ter que confiar, irrestritamente no médico, para que o tratamento se estabeleça da melhor forma e com o menor agravo à saúde. Neste sentido, o médico não pode revelar à autoridade, por exemplo, um aborto criminoso, posto que isso pode ser considerado procedimento criminal contra a sua paciente.
5 – Liberação de Prontuário nos itens 1,2,3 e 4.	Verificar se a solicitação é pertencente ao usuário ou órgão competente, mediante oficio, liberar prontuário perante Guia de Solicitação e Autorização da Diretoria Técnica.

	Obs: Caso o prontuário esteja no setor de faturamento em processamento corrente, o mesmo deve ser disponibilizado ao setor de spp para disponibilização de cópia conforme fluxo.
6 – Solicitação de Prontuário da equipe multiprofissional.	Solicitação de prontuário do paciente para equipe multiprofissional para acompanhamento do tratamento.
7 – Solicitação de Prontuário para estudo de ensino e pesquisa	Solicitação de prontuário do paciente para estudo de ensino e pesquisa perante projeto autorizado pela Diretoria da área, Direção Técnica e gestor do setor. **NOTA 1**: Antes da realização da pesquisa, a DEP encaminhará CI apresentando os pesquisadores ao Gestor da área; **NOTA 2**: Mediante autorização, o gestor do setor é quem organizará o fluxo da coleta de dados conjuntamente com os pesquisadores; **NOTA 3**: Para ensino e pesquisa não é necessário o preenchimento da Guia de Solicitação de Autorização , visto que a pesquisa só será realizada mediante parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, o qual ficará sob a responsabilidade da DEP.
8 – Empréstimo de Prontuário para equipe multiprofissional.	Protocolar prontuário do paciente, com os seguintes, itens: Nome do paciente, prontuário, Setor solicitante, Assinatura legível e Data de empréstimo.
9 – Devolução de Prontuário.	Devolver prontuário conforme com assinatura e data.

VERIFICAÇÃO DE CARTÃO SUS

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO

1 – Verificar validade de Cartão SUS.	Verificar dígito verificador de 15 (Quinze) números do CNS do usuário ao informar nos sistemas de informações com intuito de validar a ordem e importar se há cartão já cadastrado na base do sistema.
2 – Consultar dados na base Nacional.	Verificar no portal nacional do Cartão SUS https://cadastro.saude.gov.br/cadsusweb/ dados dos usuários com incompatibilidade de número e dados complementares cadastrados no sistema de gestão sistema.
3 – Cadastrar e Alterar de Dados do Usuário.	Emitir CNS ou alterar dados do usuário junto ao portal do Cadweb verificando campos obrigatórios.
4 – Alterar número de CNS nos demais sistemas de gestão e faturamento.	Ao finalizar ou alterar o cadastro de um novo registro deve ser informado o número do CNS em ambos os sistemas de processamento de faturamento e gestão do estabelecimento.
5 – Emitir relatório de cadastros de número de cartões errados a gestão setorial.	Emitir relatório de cartões informados errados e usuário que o fizeram a gestão setorial mensalmente.
6 – Cadastro de novo operador.	Cadastrar operador via site https://cadastro.saude.gov.br para acesso do sistema cadweb para emissão de cartão nacional de saúde.

**Nota: Modelo a ser adaptado de acordo com a realidade do serviço.*

2.23.3 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira

A Administração Financeira é um dos pilares da gestão institucional em saúde, sendo responsável por garantir a eficiência dos processos de pagamento, recebimento e controle orçamentário, sempre em conformidade com os princípios legais, contábeis e de transparência exigidos pela administração pública.

Esta proposta de manual tem como objetivo estabelecer diretrizes claras para a atuação dos setores de Tesouraria e Contabilidade, normatizando os procedimentos internos e promovendo o alinhamento com as boas práticas de gestão financeira, em especial no âmbito das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

A gestão financeira é responsável pelo gerenciamento de pagamentos, recebimentos, conciliações e controle financeiro da unidade, assegurando a rastreabilidade e a conformidade com as normas legais, fiscais e institucionais. Suas principais atribuições, são:

- Emissão da relação de ordens bancárias externas com detalhamento de fornecedores e valores, conforme programação financeira aprovada;
- Efetivação de recolhimentos obrigatórios (INSS, FGTS, ISS, IRRF, entre outros), com emissão e pagamento das guias no prazo legal;
- Elaboração de relatórios financeiros periódicos (diários, semanais e mensais), com fluxo de caixa, entradas/saídas e comparativos com o orçamento;
- Conciliação bancária e controle dos saldos das contas institucionais;
- Apoio na execução orçamentária, respeitando as dotações autorizadas e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF);
- Arquivamento e organização de comprovantes de pagamentos e recebimentos para fins de auditoria;
- Articulação com os setores de contabilidade, compras, patrimônio e orçamento.

O setor financeiro é responsável por garantir a execução segura, eficiente e transparente de todas as movimentações econômicas da instituição, atuando sob rígidos padrões operacionais que asseguram o cumprimento das normas legais, contratuais e institucionais. Para isso, devem ser seguidas as seguintes regras operacionais: Todos os pagamentos devem ser feitos por meios eletrônicos (DOC, TED, boleto, CNAB, internet banking, borderô ou cheque);

- Pagamentos antecipados somente com processo completo e autorização segundo o Manual de Alçadas;
- Movimentações bancárias devem ocorrer com dupla assinatura de diretores autorizados;

- Contas bancárias e aplicações devem ser previamente autorizadas pela Sede Administrativa e informadas ao Contratante;
- Conciliações bancárias devem ser atualizadas diariamente no sistema e assinadas pelos responsáveis;
- Conciliações semanais e mensais devem abranger contas-chave: bancos, adiantamentos, fornecedores, clientes e investimentos;
- Atrasos superiores a 30 dias em recebimentos devem ser justificados formalmente;
- Processos de contas a pagar devem seguir o fluxograma padrão: cotação, medição, contrato, autorização e baixa no sistema;
- Todos os recebimentos devem ser reportados à Sede Administrativa;
- Indicadores Corporativos (IC) devem ser enviados no prazo e com qualidade;
- Fechamento financeiro deve ocorrer até o dia XX de cada mês;
- Relatórios financeiros devem atender aos padrões e prazos definidos pela Sede;
- Documentações, POPs, manuais e formulários devem seguir as diretrizes da Sede Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL);
- É proibida a criação de políticas sem aprovação da Sede;
- O mapa de riscos financeiros deve ser periodicamente reavaliado;
- Contratos intersetoriais devem ser revisados regularmente;
- Arquivos financeiros devem seguir a Instrução de Organização de Arquivos;
- Fluxos de caixa (previsto e realizado) devem ser atualizados;
- Práticas como segregação de funções, controle das operações e capacitação da equipe devem ser asseguradas;
- Toda inconsistência deve ser reportada à Sede Administrativa.

A interação entre os setores Financeiro e Contábil é essencial para assegurar a integridade, a transparência e a conformidade dos processos econômicos e patrimoniais em uma unidade de saúde. Embora possuam atribuições específicas, essas áreas atuam de forma complementar e articulada, contribuindo diretamente

para a gestão eficiente dos recursos públicos e o cumprimento das obrigações legais e contratuais da instituição.

O setor Financeiro é responsável pela operacionalização da movimentação de recursos, incluindo pagamentos, recebimentos, conciliações bancárias, elaboração de fluxo de caixa e controle orçamentário. Já o setor Contábil tem como atribuição registrar, classificar e interpretar essas movimentações, transformando-as em informações gerenciais e demonstrações contábeis que refletem a real situação patrimonial e financeira da unidade. A interação entre os dois setores é imprescindível para:

1. Conformidade dos Registros: As ações executadas pelo setor Financeiro devem ser imediatamente comunicadas e registradas pela Contabilidade, assegurando que cada pagamento, recebimento ou movimentação bancária esteja devidamente refletido nos lançamentos contábeis. Isso evita divergências e inconsistências que possam comprometer a prestação de contas e os demonstrativos financeiros.

2. Conciliações e Fechamentos: O processo de conciliação bancária, realizado pelo Financeiro, deve ser validado e revisado pelo setor Contábil para garantir a integridade dos saldos e a acurácia dos registros. Da mesma forma, o fechamento financeiro mensal depende da colaboração estreita entre as duas áreas para apuração correta de saldos, contas a pagar/receber e demais obrigações.

3. Análise Gerencial e Planejamento: Os relatórios gerenciais elaborados pelo Financeiro (fluxo de caixa, projeções, desempenho orçamentário) alimentam os instrumentos de análise e tomada de decisão da Contabilidade. Em contrapartida, a Contabilidade oferece à gestão dados consolidados sobre resultados operacionais, variações patrimoniais e indicadores financeiros, essenciais para o planejamento institucional.

4. Prestação de Contas: A prestação de contas aos órgãos contratantes, como a Secretaria Estadual de Saúde (SES)/ Secretaria Municipal de Saúde (SMS),, exige que as informações contábeis estejam perfeitamente alinhadas com os dados financeiros executados. Essa integração assegura a credibilidade das informações, facilita a auditoria e garante o cumprimento dos prazos legais.

5. Cumprimento das Normas e Auditorias: A atuação conjunta garante que as normas contábeis e fiscais sejam seguidas com rigor. O setor Contábil orienta o Financeiro quanto à correta classificação das despesas, retenções legais e obrigações acessórias, enquanto o Financeiro assegura que a execução siga os parâmetros estabelecidos. Essa sinergia fortalece os controles internos e a governança da instituição.

A Administração Financeira, constitui um eixo estratégico para a governança institucional. A adoção de rotinas bem definidas, alinhadas às legislações vigentes e às boas práticas administrativas, assegura a sustentabilidade financeira, processos integrados e compromisso mútuo com a legalidade, a eficiência, a transparência e a confiança dos órgãos reguladores e a qualidade na gestão dos recursos públicos.

A adesão a este manual é obrigatória para todos os profissionais envolvidos nos processos financeiros e contábeis da unidade.

Modelo de Proposta para Manual de Rotina

1. Apresentação

Este Manual de Rotinas tem como objetivo padronizar os processos do Serviço Financeiro da Unidade Pronto Atendimento São Vicente, assegurando transparência, controle, eficiência e conformidade com a legislação vigente. O documento estabelece os procedimentos operacionais relacionados ao planejamento, execução, controle e prestação de contas das atividades financeiras da unidade.

2. Objetivos

- ✓ Padronizar as rotinas do setor financeiro.
- ✓ Promover o uso racional e responsável dos recursos públicos.
- ✓ Assegurar a conformidade com as normas contábeis e legais aplicáveis.
- ✓ Garantir transparência e rastreabilidade das operações financeiras.
- ✓ Apoiar a tomada de decisão gerencial com base em dados confiáveis.

3. Estrutura do Serviço Financeiro - O setor financeiro poderá ser composto por:

✓ Gestor Administração: responsável pela supervisão geral, planejamento financeiro e relacionamento com a diretoria e fornecedores.

✓ Analista Financeiro / Contábil: responsável pela execução dos lançamentos, controle de contas, análise de relatórios, folha de pagamento e conciliação bancária.

✓ Assistente Financeiro: responsável pelo apoio às rotinas administrativas, emissão de documentos e organização de arquivos financeiros.

4. Princípios Orientadores

✓ Legalidade e conformidade com a legislação pública vigente.

✓ Transparência na aplicação de recursos.

✓ Responsabilidade fiscal e orçamentária.

✓ Rastreabilidade e arquivamento seguro de documentos.

✓ Controle interno permanente.

5. Rotinas Operacionais

5.1. Planejamento Financeiro

✓ Elaboração do orçamento mensal e anual da Unidade Pronto Atendimento São Vicente.

✓ Projeção de receitas (quando houver) e despesas fixas e variáveis.

✓ Avaliação de contratos vigentes e previsão de reajustes.

✓ Reuniões periódicas com a direção da unidade para alinhamento financeiro.

5.2. Controle de Receitas e Despesas

✓ Registro sistemático das despesas (por centro de custo e natureza da despesa).

✓ Controle de entrada de recursos provenientes de contratos de gestão ou repasses governamentais.

✓ Lançamento de despesas em sistema de gestão financeira (ERP ou planilhas padronizadas).

✓ Acompanhamento de saldos bancários, movimentações e extratos.

5.3. Pagamentos

- ✓ Recebimento e conferência de notas fiscais e boletos.
- ✓ Verificação de conformidade com contratos, pedidos e autorizações prévias.
- ✓ Agendamento de pagamentos dentro dos prazos contratuais.
- ✓ Emissão de comprovantes e arquivamento digital/físico.
- ✓ Controle de retenções e tributos (INSS, IRRF, ISS, entre outros).

5.4. Folha de Pagamento e Encargos

- ✓ Recebimento de dados do setor de RH (frequência, adicionais, descontos).
- ✓ Conferência da folha em conjunto com o setor de pessoal.
- ✓ Pagamento de salários e encargos sociais dentro dos prazos legais.
- ✓ Arquivamento dos comprovantes de pagamento e guias de recolhimento.

5.5. Prestação de Contas

- ✓ Elaboração de relatórios financeiros mensais, com demonstrativos de receitas, despesas, saldos e justificativas.
- ✓ Organização de documentos comprobatórios (notas fiscais, contratos, extratos bancários).
- ✓ Envio aos órgãos competentes (secretaria municipal, conselho gestor, contratante pública).
- ✓ Atendimento a auditorias internas e externas.

5.6. Controle Patrimonial e de Estoques (em conjunto com almoxarifado)

- ✓ Registro de aquisição de bens permanentes.
- ✓ Atualização de planilhas de controle patrimonial.
- ✓ Monitoramento de depreciação, baixa e inventário anual.

6. Indicadores de Desempenho

- ✓ Percentual de despesas executadas dentro do orçamento.
- ✓ Índice de pontualidade nos pagamentos.
- ✓ Grau de conformidade documental (auditorias).
- ✓ Desvios ou glosas identificadas em prestações de contas.
- ✓ Tempo médio de conciliação bancária mensal.

7. Responsabilidades

Cada profissional do setor financeiro deverá seguir fielmente os procedimentos aqui descritos, comunicar inconsistências à coordenação e manter confidencialidade sobre dados financeiros sensíveis.

8. Atualizações

Este manual deverá ser revisado anualmente ou sempre que houver alteração nas normas legais, contratuais ou procedimentais da unidade.

9. Horário de Funcionamento

O setor financeiro da UPA funciona em regime administrativo, de segunda a sexta-feira, com o seguinte horário: Segunda a sexta-feira: das 8h às 18h, com intervalo para almoço

Nos casos em que houver necessidade de suporte técnico contábil, folha ou relatórios específicos, a sede da BHCL será acionada conforme protocolo interno.

**Nota: Modelo a ser adaptado de acordo com a realidade do serviço.*

2.23.4 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para o Almoxarifado e Patrimônio

O setor de almoxarifado da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente desempenha papel estratégico no suporte logístico-operacional, sendo responsável pelo recebimento, acondicionamento, armazenamento, controle e distribuição de materiais de consumo utilizados nos diversos setores assistenciais e administrativos da unidade.

Durante o recebimento dos materiais, o profissional responsável realiza a conferência rigorosa dos itens, conforme os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), com base na nota fiscal e na ordem de compra. Este processo visa garantir a conformidade com os critérios de qualidade, quantidade e especificações técnicas exigidas.

Além do controle físico, o almoxarifado também realiza a análise contínua do desempenho dos fornecedores, considerando aspectos como pontualidade na entrega, integridade dos produtos e aderência às especificações contratuais. Essas informações subsidiam decisões estratégicas na gestão de compras e contratos.

Caso seja identificada qualquer não conformidade, como avarias, divergência de itens, defeitos ou produtos fora do padrão, o fornecedor é imediatamente comunicado para providenciar a substituição ou regularização. A atuação diligente nesse processo é fundamental para evitar prejuízos assistenciais, como a ausência de insumos críticos, além de prevenir custos adicionais decorrentes de compras emergenciais.

A articulação entre o setor de almoxarifado e o setor de compras é essencial para garantir a eficiência da cadeia de suprimentos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Essa interação deve ocorrer de forma sistemática, transparente e contínua, com base em dados atualizados de consumo, saldo de estoque, validade dos produtos e previsões de demanda. Principais interfaces entre os setores:

- Planejamento de Reposição: O almoxarifado monitora diariamente os níveis de estoque e comunica ao setor de compras a necessidade de reposição de insumos, considerando o ponto de ressuprimento e o tempo médio de entrega dos fornecedores.
- Previsão e Consumo: Com base nos registros de entrada e saída de materiais, o almoxarifado emite relatórios periódicos de consumo médio mensal por item, que subsidiam o planejamento das próximas aquisições.
- Especificações Técnicas e Padrão de Qualidade: O almoxarifado orienta o setor de compras sobre características técnicas, restrições sanitárias e padrões mínimos de qualidade dos materiais, com base na experiência prática do uso diário nos setores assistenciais.
- Análise de Não Conformidades: Sempre que há problemas com a entrega de materiais, como itens trocados, vencidos, avariados ou em desacordo com a ordem de compra, o almoxarifado comunica formalmente o setor de compras para que sejam adotadas as medidas administrativas e contratuais necessárias junto ao fornecedor.

- Controle de Fornecedores: O histórico de desempenho dos fornecedores, incluindo atrasos, devoluções ou reincidência de falhas, é consolidado pelo almoxarifado e repassado ao setor de compras como parte dos critérios para renovação contratual ou substituição de prestadores.
- Urgência e Compras Emergenciais: Em situações críticas, como ruptura de estoque de itens essenciais ou aumento súbito da demanda (ex.: surtos, acidentes coletivos), o almoxarifado emite alerta ao setor de compras com justificativa técnica, subsidiando a abertura de processos de compra emergencial, conforme os dispositivos legais.

Instrumentos de integração:

- Relatórios gerenciais de estoque (mensais ou quinzenais);
- Planilhas de previsão de consumo e vencimento;
- Requisições formais de compra com prioridade definida;
- Reuniões periódicas entre os responsáveis técnicos dos setores;
- Utilização de sistemas informatizados integrados (quando disponível), que possibilitam a rastreabilidade das movimentações e a automação de alertas de ressuprimento.

Após o recebimento e conferência, os materiais são devidamente acondicionados em áreas específicas, de acordo com suas características físico-químicas, grau de risco e frequência de uso. O armazenamento é realizado de forma organizada, observando critérios de:

- Ventilação, temperatura e umidade adequadas;
- Separação entre produtos perecíveis e não perecíveis;
- Identificação e rastreabilidade dos itens;
- Adoção do sistema PEPS (Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair), especialmente para materiais com prazo de validade.

Essas medidas visam garantir a integridade e segurança dos insumos até seu uso final.

A distribuição dos materiais é feita de forma programada ou mediante solicitação emergencial, respeitando critérios de prioridade, consumo médio mensal e estoque mínimo estabelecido. O almoxarifado deve manter comunicação direta com

os setores demandantes, assegurando reposições rápidas e controle de abastecimento contínuo, de forma a evitar interrupções nas atividades assistenciais.

Todos os processos de distribuição devem ser registrados e rastreados por sistema informatizado (quando disponível) ou manual, promovendo maior controle, segurança e transparência no uso dos recursos.

O controle de estoque é realizado de forma sistemática e contínua, com registros de entrada, saída, saldo e validade dos itens. As principais atividades incluem:

- Inventários rotativos e periódicos, conforme calendário de auditoria interna;
- Monitoramento de itens com baixa rotatividade ou risco de vencimento;
- Análise de consumo por setor e por tipo de insumo;
- Atualização de planilhas e sistemas de gestão de suprimentos.

O objetivo é manter o equilíbrio entre a disponibilidade de materiais e o uso racional dos recursos públicos, evitando tanto a escassez quanto o excesso de estoques.

Conferência e recebimento de materiais, as entregas deverão ser realizadas de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 11h30 e das 13h30 às 17h00 (ou conforme estipulado pela gestão da UPA), exclusivamente no setor de almoxarifado.

Todo material entregue deve estar obrigatoriamente acompanhado da respectiva nota fiscal, o que permite a conferência dos seguintes critérios:

- Quantidade total de volumes;
- Integridade física das embalagens e dos produtos;
- Identificação correta dos itens entregues;
- Conformidade entre o material entregue, a nota fiscal e a ordem de compra;
- Ausência de itens ou envio parcial sem aviso e autorização prévia.

O almoxarifado recusará o recebimento de materiais que apresentem quaisquer das seguintes condições:

- Embalagens abertas, violadas, danificadas ou com sinais de contaminação;

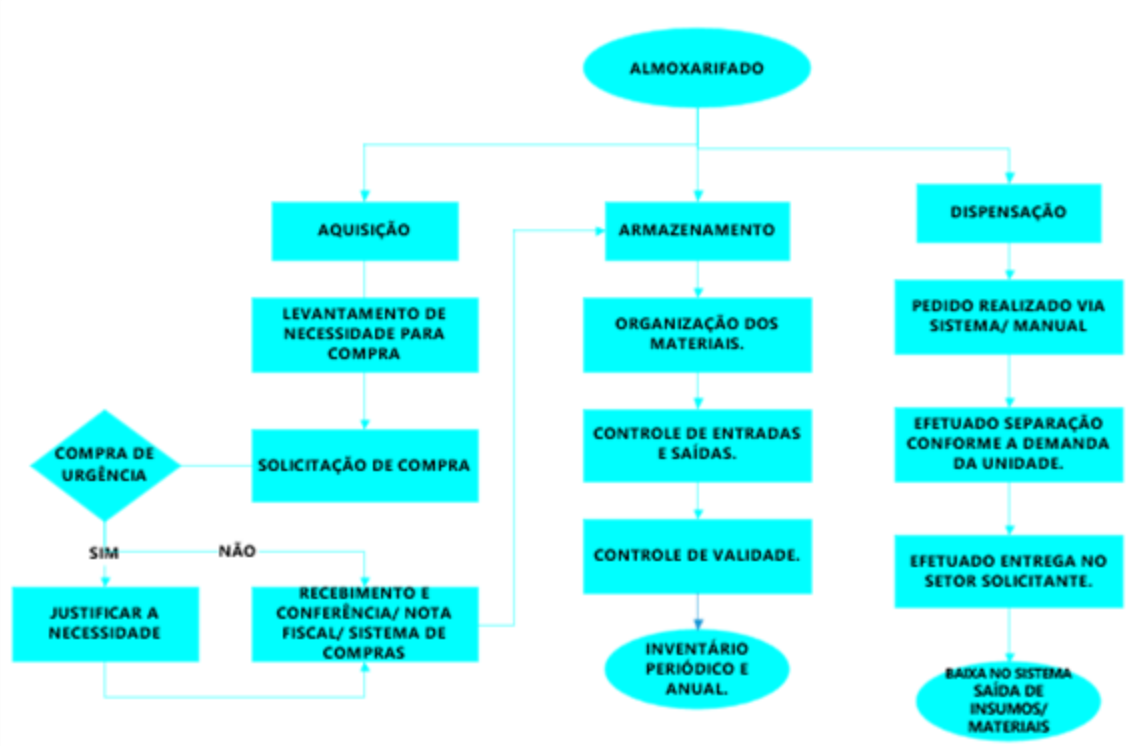
- Produtos médico-hospitalares avariados, com defeitos ou em desacordo com normas sanitárias;
- Itens divergentes da especificação contratual ou da ordem de compra.

Quando identificada a necessidade de devolução, os seguintes procedimentos devem ser adotados:

- Devolução Total: Deve ser registrada uma ressalva tanto no Conhecimento de Frete quanto na Nota Fiscal, formalizando a não aceitação do lote completo.
- Devolução Parcial: A ressalva será feita apenas no Conhecimento de Frete, especificando os itens recusados.

Em ambas as situações, os produtos deverão ser devolvidos de imediato ao fornecedor, acompanhados de notificação oficial, com relatório descritivo da não conformidade, garantindo rastreabilidade e responsabilização do fornecedor para correção da pendência.

Fluxo: Almoxarifado



**Nota: Modelo a ser adaptado de acordo com a realidade do serviço.*

Modelo de Manual Rotinas para Almoxarifado

1. CONCEITO DA ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS

A Administração de Materiais é a técnica da utilização de princípios e meios, através dos quais, fazemos render em plenitude, os equipamentos, as matérias primas, as ferramentas e os materiais, conseguindo sua devida conservação e controle.

A Administração de Materiais é um ramo da Administração que trata especificamente dos materiais de Unidades de Saúde, para a produção de bens e serviços.

2. FINALIDADE

A Administração de Materiais na Unidade de Saúde tem por finalidade assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários e capazes de atender à demanda do mesmo, bem como, cuidar de todos os problemas relacionados à Materiais, fiscalizando, zelando e controlando, no sentido de garantir quantidade e qualidade no abastecimento e padrão no atendimento.

3. OBJETIVOS

- ✓ Reduzir os custos na aquisição;
- ✓ Racionalizar as técnicas de estocagem para reduzir o custo de manutenção;
- ✓ Reduzir os custos de reposição estabelecendo lotes de compras;
- ✓ Manter rotatividade dos estoques segundo o consumo médio mensal e capacidade para armazenamento;
- ✓ Reduzir os custos com a mão-de-obra, procurando a informatização dos dados
- ✓ Treinar, aperfeiçoar e qualificar o pessoal;
- ✓ Garantir o fornecimento contínuo dos materiais;
- ✓ Exigir a qualidade dos materiais a serem adquiridos;
- ✓ Cultivar boas relações com os fornecedores;
- ✓ Manter atualizado o cadastro de fornecedores por produtos e por fornecedores;
- ✓ Padronizar os materiais e medicamentos a serem utilizados;

✓ Prever o abastecimento periódico, de forma, a otimizar o atendimento aos setores/serviços;

✓ Maximizar o retorno, ou seja, proporcionar um retorno rápido e crescente de todo investimento feito em estoque;

✓ Centralizar as atividades de Materiais, possibilitando maior controle e eficiência, mais responsabilidade e harmonia, evitando duplicação de esforços e desperdícios de tempo.

✓ Definir claramente a responsabilidade de cada setor, de modo a disseminar a harmonia e a integração entre todos, evitando conflitos;

✓ Manipular fórmulas magistrais e soluções, dentro das possibilidades da Unidade de Saúde;

✓ Implantar uma política de compras equilibrada, possibilitando maior reciprocidade entre Unidade de Saúde / Fornecedor e Fornecedor/ Unidade de Saúde;

✓ Planejar a aquisição de novos equipamentos e materiais, modernizando os serviços;

✓ Fazer previsão orçamentária, evitando assim o desequilíbrio das finanças da Unidade de Saúde.

4. COMPETÊNCIA

Compete ao Serviço de Materiais:

✓ **Compras** - a competência do setor de compras refere-se à aquisição dos materiais necessários à operação do sistema produtivo da Unidade de Saúde. Sua finalidade básica é manter fontes de suprimentos.

✓ **Recebimento e Conferência** - é uma operação que processa por ocasião do ato da entrega do material comprado, na qual são verificadas as indicações contidas nas notas fiscais (endereço/marca), em confrontação com o pedido de compras.

✓ **Armazenagem** - visa a utilização de técnicas de estocagem para salvaguardar os materiais de perigos de queda, deterioração, perda e outros. Assim, o armazenamento deve ser feito de conformidade com o tipo de material e com o tipo de recipiente adequado.

✓ **Controle** - a Administração de Materiais deve ser capaz de controlar os diversos tipos de materiais que devem realmente ser mantidos em estoque, o tempo

em que deve ser reposto os estoques e a quantidade que devem ser adquiridos a fim de que não haja problemas de faltas ou excessos.

✓ **Distribuição -** a Administração de Materiais está ligada à entrega de mercadorias requisitadas pelos setores/ serviços.

4.1 ALMOXARIFADO

É o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição ordenada dos materiais de consumo necessários ao funcionamento da Unidade de Saúde.

a) Funções

- ✓ Recebimento dos materiais;
- ✓ Guarda ou estocagem;
- ✓ Controle;
- ✓ Distribuição aos setores/ serviços requisitantes;
- ✓ Planejamento de quando e quanto comprar;
- ✓ Levantamento periódico dos estoques;
- ✓ Estabelecimento da quantidade máxima, mínima e do ponto de pedido.

b) Localização

O Almoxarifado deverá estar localizado no pavimento térreo e o mais próximo possível da entrada destinada ao abastecimento da Unidade de Saúde em local arejado e dotado de claridade natural, com área livre de escadaria e de fácil acesso à entrada de mercadorias.

c) Área Física

A área destinada ao almoxarifado deverá ser prevista em, no mínimo, 0,80 a 1,20m 2 por leito e deve abranger:

- ✓ Local de recebimento e conferência dos materiais;
- ✓ Local de estocagem dotado de estrado, estantes simples e duplas;
- ✓ Local de distribuição dos materiais requisitados;
- ✓ Acesso externo coberto com marquise de proteção contra sol e chuva;
- ✓ Corredores internos com largura mínima de 0,80 cm e externos com largura mínima de 2,00m;
- ✓ Plataforma para descarga;
- ✓ Paredes de cor clara;

✓ Pisos e rampas com revestimento antiderrapante.

5. NORMAS ADMINISTRATIVAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS

5.1 SÃO NORMAS COMUNS AO SERVIÇO DE MATERIAIS

✓ O horário de trabalho estabelecido, deverá ser cumprido;

✓ Os funcionários trabalharão devidamente uniformizados;

✓ As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;

✓ As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;

✓ A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;

✓ As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pela Gestão Administrativa;

✓ Os documentos inerentes ao Serviço de Materiais, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização da Gestão Administrativa.

5.2 SÃO NORMAS DO SETOR DE ALMOXARIFADO

✓ Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem correspondente requisição;

✓ A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;

✓ Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias pré-estabelecido para cada setor ou que não traga a assinatura do responsável;

✓ Os funcionários do Almoxarifado atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes, observando o calendário estipulado.

6. NORMAS TÉCNICAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS

6.1 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE GÊNEROS

✓ Estocar os gêneros alimentícios em local próprio com boa ventilação natural, cruzada;

✓ A dispensa deverá ser equipada com estrados plástico para a estocagem das sacarias;

✓ Os estrados deverão distar 0,40cm do piso, sendo os pés revestidos, para evitar o acesso de roedores aos alimentos.

✓ Os cereais em grãos e as leguminosas deverão ficar sobre os estrados, acondicionados em sacos;

✓ As prateleiras poderão ser de fórmica, azulejadas ou de aço inoxidável;

✓ As prateleiras deverão distar 10cm das paredes, para evitar que a umidade atinja os alimentos;

✓ Os gêneros acondicionados em pacotes, latas ou caixas, deverão ser arrumados ou empilhados nas prateleiras, afastados da parede;

✓ Ao armazenar macarrão, biscoito, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;

✓ Os gêneros mais velhos deverão ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (rotatividade);

✓ Os gêneros (caixas, sacos, pacotes, latas, vidros, litros, etc.) deverão ser acondicionados (arrumados nas prateleiras), de forma que o rótulo fique visível e nunca com a boca para baixo, demonstrando organização e facilitando a localização do produto;

✓ Não misturar alimentos com material de limpeza, sendo que estes poderão ser guardados na própria dispensa, mas em lugar visivelmente separado;

✓ Usar utensílios seco e limpo, para retirar os gêneros das sacarias;

✓ Providenciar periodicamente dedetização e desratização, tomando precauções para que os gêneros não sejam atingidos pelo produto do processo;

✓ As janelas deverão ser teladas (tela de nylon fina).

6.2 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE FILMES E PAPÉIS FOTOGRÁFICOS:

✓ A área de estocagem destes materiais deverá ser protegida de umidade, calor e vapor;

✓ Deverão ser evitados locais próximos a caldeiras, condicionadores de ar, respiradores, estufas e coberturas não isoladas;

✓ A estocagem destes materiais deverá ser processada em agrupamentos distintos de acordo com a data de validade estabelecida pelo fabricante;

✓ Serão estocados em prateleiras, de preferência nas embalagens originais, com espaços livres entre os volumes, para facilitar a circulação do ar.

6.3 NORMAS TÉCNICA PARA ESTOCAGEM DE TINTAS, ESMALTES E VERNIZES:

✓ A área destinada a estes materiais deverá ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;

✓ Deverão ser mantidos em suas embalagens originais até sua utilização;

✓ Deverão ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoxarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

6.4 NORMAS TÉCNICAS PARA GUARDA DE INFLAMÁVEIS:

✓ A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre, deverá ser perfeitamente delimitada e isolada;

✓ Quando situada em edificação, deverá, ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;

✓ Os líquidos inflamáveis deverão ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;

✓ Os recipientes de líquidos dos inflamáveis deverão ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

6.5 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE TAMBORES E BARRIS:

✓ Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;

✓ Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;

✓ Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

6.6 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE MATERIAIS RETANGULARES:

- ✓ Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;
- ✓ As caixas de papelão não devem ser depositadas em local úmido;
- ✓ Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

6.7 NORMAS TÉCNICAS PARA GUARDA DE SACARIAS:

- ✓ Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo, etc.)
- ✓ Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas “armadas”;
- ✓ Pilha deverá ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos deverão ficar voltadas para dentro da pilha.

ROTEIRO PARA O SERVIÇO DE MATERIAIS

Horário	Atividade	Observação
07:00	Recebimento do plantão	
07:15	Faz bandeja, o PS e devoluções.	
07:30	Devoluções de todos os setores.	
07:40	Reposições da noite.	
08:30	Fazer pedidos de medicamentos.	
11:45	Almoço.	
13:00	Faz pedido de alimentos e impressos.	
14:00	Conferencia de estoque	
15:00	Reposição de estoque	
16:00	Faz novamente os pedidos para período noturno	
17:00	Arruma os remédios.	

18:00	Fraciona os medicamentos.	

Roteiro: Movimentação Diária

Setor: Materiais.

Horário	Atividade	Observação
07:00	Cadastro de produtos novos.	
07:30	Entradas do dia	
08:00	Devoluções do dia.	
08:30	Lança as saídas.	
11:30	Arruma os produtos em seus lugares.	
12:00	Auxilia na Farmácia.	
15:30	Passa as notas fiscais para as planilhas.	
17:00	Encerra o expediente.	Obs.: Recebimento e conferência de mercadoria (08:00 às 17:00)

Roteiro: Coordenação de Materiais.

Setor: Materiais.

Horário	Atividade	Observação
07:00	Verifica o estoque.	
08:00	Carimba as Notas fiscais e lança no mapa de compras.	
08:30	Recebe cotações e verifica os melhores preços, e efetua compras.	
	Atende representantes.	Durante todo horário.

**Nota: Modelo a ser adaptado de acordo com a realidade do serviço.*

2.23.5 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para o Patrimônio

O Serviço de Patrimônio integra a estrutura administrativa da Unidade de Pronto Atendimento, sendo responsável pelo registro, controle, acompanhamento e movimentação de todos os bens permanentes da instituição, tais como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, tecnologia, veículos e demais ativos.

Em relação ao Recurso Patrimonial, o contrato de gestão disporá sobre os Bens Móveis e Imóveis, conforme Edital, disponibilizados para a Entidade parceira mediante Termo de Permissão do Direito de Uso. Em caso de extinção, término de contrato, falência ou situações similares da contratada, o patrimônio será retomado para a Secretaria da Saúde ou passará para outra instituição qualificada na forma da Lei e autorizada a recebê-lo.

Os equipamentos/mobiliários serão recebidos por meio de comissão conjunta da contratante. A BHCL somente realizará sua troca/substituição após terem cumprido sua vida útil determinada pelo fabricante e deverão ser incorporadas ao patrimônio do Município. Em caso de avarias ocorridas durante a concessão dos equipamentos a responsabilidade de reposição fica com a BHCL. As trocas/substituições efetuadas pela BHCL deverão ser aprovadas pela Secretaria de Saúde, com o provisionamento dos repasses financeiros ano a ano.

O Conceito básico patrimônio público de acordo com o Conselho Federal de Contabilidade define patrimônio público pela Norma Brasileira de Contabilidade Técnica 16.2 aprovada sob resolução nº 1129/2008 como: “O conjunto de direitos e bens, tangíveis ou intangíveis, onerados ou não, adquiridos, formados, produzidos, recebidos, mantidos ou utilizados pelas entidades do setor público, que seja portador ou represente um fluxo de benefícios, presente ou futuro, inerente à prestação de serviços públicos ou à exploração econômica por entidades do setor público e suas obrigações”. As principais atribuições do Serviço de Patrimônio, são:

- Organização e manutenção do cadastro de bens móveis e imóveis da unidade de saúde.
- Identificação dos bens móveis, com afixação de plaquetas aos bens para fins de inventário.

- Preparação de processos de alienação de bens móveis da instituição considerados em desuso ou inservíveis, na forma da Lei.
- Orientação sobre a utilização dos materiais permanentes.
- Fiscalização das unidades no tocante ao cumprimento das normas de conservação e segurança dos bens móveis e imóveis com periodicidade de manutenção preventiva e corretiva.
- Manutenção preventiva, corretiva e emergencial dos bens móveis e imóveis da instituição.
- Registro, carga, relatório e demais documentações no que se refere a bens móveis e imóveis.
- Conferência da entrega de material permanente.
- Confecção de balanço do estado dos bens móveis e imóveis da instituição.
- Confecção de relatórios de pendências sobre troca e aquisição de bens móveis e imóveis solicitados.
- Controle, fiscalização e sugestão de novas propostas no que se refere a patrimônio, cargas, transportes, distribuição e controle.
- Recebimento de novas solicitações, trocas ou sugestões quanto à aquisição de materiais permanentes para composição de projeto de aquisição junto a Gestão da instituição.
- Elaboração de serviços de manutenção dos móveis e imóveis quando estes forem de pequena monta, comunicando ao setor matriz ou filial da BHCL quando se tratar de manutenção mais complexa.
- Supervisão de móveis e imóveis no que se refere a serviços de manutenção preventiva.
- Desenvolver projetos específicos da Área de Patrimônio.
- Propor procedimentos para administração do patrimônio do serviço de saúde.
- Elaborar manuais.
- Assessorar as unidades em questões da área.
- Elaborar e ministrar treinamento da Área de Patrimônio mensurar e apresentar mensalmente a Gestão Administrativo os indicadores de custos, de produtividade e qualidade dos patrimônios da instituição.
- Outras atribuições inerentes à área.

Sua atuação é estratégica para garantir a eficiência na utilização dos recursos físicos, a segurança assistencial, a transparência na gestão pública e a conformidade com normas legais, contábeis, contratuais e sanitárias.

Todos os bens permanentes adquiridos pela Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, por compra direta, doação, convênio ou cessão de uso — devem ser registrados em sistema próprio, recebendo etiquetas de identificação patrimonial com numeração única e código de barras.

O cadastro patrimonial deve conter, no mínimo, os seguintes dados:

- Tipo e descrição do bem;
- Número de série e marca/modelo;
- Data de aquisição ou recebimento;
- Valor de compra ou estimado;
- Origem dos recursos (próprios, convênios, emendas parlamentares, doações etc.);
- Setor de alocação;
- Estado de conservação;
- Condição de uso (ativo, em manutenção, inservível);
- Classificação como bem próprio ou bem cedido.

Um dos maiores desafios da gestão patrimonial é o controle das movimentações internas dos bens entre setores assistenciais, técnicos e administrativos. Para garantir a rastreabilidade, toda movimentação deve ser formalizada por meio de termo de movimentação patrimonial, assinado pelo setor de origem e de destino. Esse procedimento permite:

- ✓ Localização precisa dos bens;
- ✓ Redução de extravios ou uso indevido;
- ✓ Facilidade para auditorias internas e externas;
- ✓ Atualização contínua da base patrimonial.

O Serviço de Patrimônio atua de forma articulada com os seguintes setores:

- Setor de Compras: Acompanha os processos de aquisição de bens, orientando sobre classificações patrimoniais, recebimento e registro adequado.

- Almoxarifado: Apoia na conferência e separação de bens permanentes dos materiais de consumo.
- Engenharia Clínica e Manutenção: Participa na avaliação técnica dos equipamentos, instalação, teste de funcionamento, e definição de plano de manutenção preventiva e corretiva.

A integração entre setores garante que os bens sejam não apenas corretamente registrados, mas também utilizados com segurança e dentro dos padrões de qualidade exigidos.

A Unidade de Pronto Atendimento, quando gerida por uma Organização Social de Saúde (OSS), opera com bens públicos sob sua guarda e responsabilidade, cabendo à instituição gestora zelar pela correta utilização, conservação e rastreabilidade desses ativos.

Conforme os princípios da legalidade, moralidade, eficiência e responsabilidade administrativa, todos os bens patrimoniais, sejam de propriedade da administração pública, recebidos por cessão de uso, convênios, emendas parlamentares ou doações, devem ser geridos como patrimônio público inalienável sem autorização formal do ente concedente.

A OSS, enquanto gestora contratada pelo Estado ou Município, é responsável por:

- Manter atualizados os registros patrimoniais dos bens sob sua guarda, com identificação física e sistêmica;
- Assegurar o uso exclusivo dos bens para fins assistenciais, conforme a finalidade prevista no contrato de gestão ou instrumento de cessão;
- Responder civil, administrativa e penalmente por quaisquer perdas, extravios, mau uso, danos ou desvio de finalidade dos bens;
- Executar rotinas de manutenção preventiva e corretiva, especialmente nos equipamentos médico-hospitalares, em conformidade com os requisitos da Vigilância Sanitária e demais órgãos fiscalizadores;
- Solicitar autorização formal prévia para transferências, descartes, substituições ou mudanças de finalidade de uso de bens cedidos.

Além disso, o contrato de gestão firmado com o ente público geralmente prevê cláusulas específicas quanto à:

- Prestação de contas periódica do patrimônio público sob responsabilidade da OSS;
- Devolução dos bens ao término do contrato, em condições equivalentes ou justificadas por desgaste natural de uso;
- Realização de inventário físico anual ou sempre que solicitado, por meio de auditoria interna ou externa.

Esse controle patrimonial transparente é fundamental para assegurar a integridade do patrimônio público, reforçar a confiança da sociedade e dos órgãos de controle

Quando um bem se torna obsoleto, inservível, irrecuperável ou economicamente inviável, deve ser iniciado um fluxo formal de avaliação, envolvendo:

- Inspeção técnica pela equipe de manutenção e/ou engenharia clínica;
- Registro da situação no sistema patrimonial;
- Solicitação formal de baixa patrimonial com justificativa técnica;
- Nos casos de bens cedidos ou vinculados a convênios, envio de notificação ao órgão cedente solicitando autorização para devolução, substituição ou descarte.

Esse procedimento assegura a conformidade legal e contratual, evita sanções administrativas e garante a correta prestação de contas junto aos órgãos de controle.

O Serviço de Patrimônio realiza inventários físicos periódicos, com conferência in loco dos bens alocados em cada setor, verificação da integridade das etiquetas e atualização dos registros. Os inventários permitem:

- Identificação de inconformidades e correções;
- Atualização do estado de conservação;
- Suporte à prestação de contas;
- Subsídio para auditorias da Vigilância Sanitária, Tribunal de Contas e Controladoria-Geral.

Mais do que controlar ativos, o Serviço de Patrimônio atua como uma ferramenta estratégica de gestão da Unidade de Pronto Atendimento. Sua efetividade impacta diretamente em:

- Segurança dos pacientes e da equipe (ao garantir a rastreabilidade e o bom funcionamento dos equipamentos);

- Sustentabilidade financeira (ao evitar perdas e otimizar a vida útil dos bens);
- Transparência na aplicação dos recursos públicos, especialmente em parcerias com o SUS, emendas parlamentares e convênios;
- Responsabilidade legal e institucional, ao assegurar que todos os bens estejam devidamente registrados, controlados e utilizados conforme sua destinação.

O contrato de gestão da UPA Patrimônio deve prever cláusulas específicas quanto à gestão dos bens móveis e imóveis, conforme edital de chamamento público. Esses bens são disponibilizados à entidade gestora mediante Termo de Permissão de Uso. Em caso de extinção do contrato, falência ou outra interrupção da parceria, todo o patrimônio será revertido à Secretaria Municipal de Saúde ou transferido para outra entidade qualificada, conforme legislação vigente.

A recepção dos equipamentos e mobiliários será realizada por comissão conjunta da contratante. A substituição ou troca só poderá ocorrer após a vida útil recomendada pelo fabricante, sendo os bens incorporados ao patrimônio público municipal. Em caso de avarias durante o uso, a responsabilidade pela reposição será da entidade gestora, mediante autorização prévia da Secretaria de Saúde e com previsão orçamentária.

Segundo a NBC T 16.2 (Resolução CFC nº 1.129/2008), patrimônio público é o conjunto de bens e direitos, tangíveis ou intangíveis, adquiridos, produzidos, recebidos ou utilizados pelas entidades do setor público, que representem benefícios presentes ou futuros, relacionados à prestação de serviços públicos ou exploração econômica.

Classificações Patrimoniais

- Domínio

✓ Próprios: Incorporados ao patrimônio público.

✓ Terceiros: Em comodato, empréstimo ou locação.

- Natureza

✓ Tangíveis: Bens móveis (equipamentos, veículos, mobiliário) e imóveis (terrenos, edificações).

✓ Intangíveis: Marcas, patentes, softwares, entre outros.

- Utilização

- ✓ Uso Especial: Hospitais, escolas, unidades de saúde.
- ✓ Uso Comum: Ruas, praças, sistemas de infraestrutura.
- ✓ Dominicais: Sem destinação específica, podendo ser alienados.
    - Estado Físico
- ✓ Servíveis: Em uso e em boas condições.
- ✓ Inservíveis: Sem possibilidade de uso.
- ✓ Obsoletos: Desatualizados tecnologicamente.
- ✓ Ociosos: Em bom estado, porém não utilizados.
- ✓ Antieconômicos: Alto custo de manutenção sem retorno eficiente.
- ✓ Irrecuperáveis: Danificados a ponto de perderem utilidade.
    - Controle e Tombamento Patrimonial, sistema informatizado que permita:
- ✓ Registro e rastreabilidade dos bens;
- ✓ Controle da vida útil;
- ✓ Monitoramento de entradas, movimentações e saídas (baixas);
- ✓ Geração de relatórios e inventários periódicos.
    - Instrumentos de Controle
- ✓ Etiqueta de identificação patrimonial
- ✓ Termo de responsabilidade
- ✓ Termo de transferência
- ✓ Termo de doação
- ✓ Termo de vistoria (especialmente para veículos)
- ✓ Termo de baixa
- ✓ Arquivo físico e digital dos documentos patrimoniais

Os bens permanentes são aqueles com vida útil superior a dois anos, conforme Lei nº 4.320/64 e Portaria STN nº 448/02. Mesmo bens não tombados devem estar relacionados sob responsabilidade do setor.

Materiais de consumo, são aqueles cuja vida útil é inferior a dois anos ou que perdem suas características com o uso corrente. Devem ser registrados e controlados como materiais de consumo, sem tombamento patrimonial.

Conforme o Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP), a depreciação deve ser registrada mensalmente, obedecendo aos critérios da NBC T

16.9. A depreciação é obrigatória mesmo sem impacto orçamentário direto e deve seguir o princípio da competência.

Depreciação Acelerada, aplica-se a bens com uso intenso, como veículos e equipamentos operacionais em regime de plantão. Coeficientes:

- ✓ 1,0 – 8h/dia
- ✓ 1,5 – 16h/dia
- ✓ 2,0 – 24h/dia

A reavaliação consiste na atualização do valor dos bens com base em seu valor justo. Deve ser realizada:

- ✓ Durante os inventários;
- ✓ Imediatamente após o recebimento de doações ou transferências;
- ✓ Quando houver distorções entre o valor contábil e o valor de mercado.

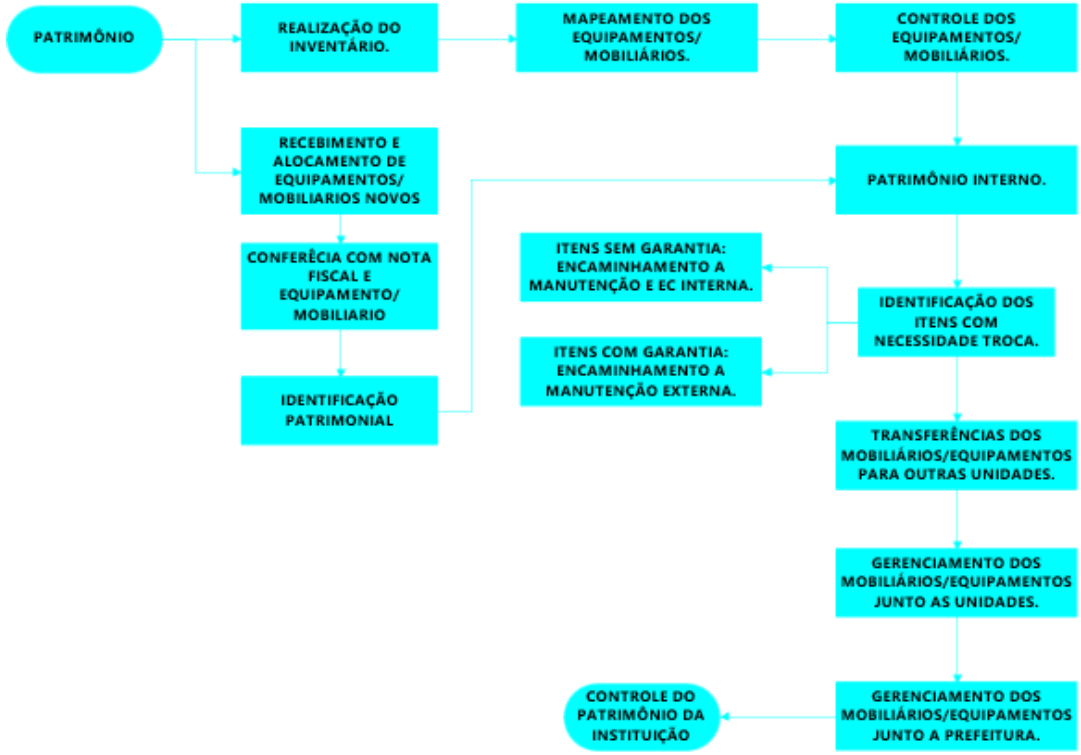
- Documentos exigidos:

- ✓ Laudo técnico;
- ✓ Identificação contábil;
- ✓ Critérios utilizados;
- ✓ Data e responsável pela avaliação.

A reavaliação patrimonial deve ocorrer durante inventários físicos, após recebimento de doações ou quando houver distorções relevantes entre valor contábil e valor de mercado. Deve ser documentada por laudo técnico contendo a identificação do bem, critérios utilizados, data e assinatura dos responsáveis.

Por fim, o Serviço de Patrimônio contribui diretamente para a segurança assistencial, sustentabilidade financeira e transparência da gestão da Unidade de Pronto Atendimento, assegurando o uso eficiente e responsável dos recursos públicos e fortalecendo o controle institucional em consonância com os princípios do SUS e as diretrizes da Secretaria Estadual da Saúde.

Fluxo de Patrimônio



**Nota: Modelo a ser adaptado de acordo com a realidade do serviço.*

MODELO MANUAL DE ROTINAS PARA SERVIÇO DE PATRIMÔNIO

ESTRUTURA - ANÁLISE SINTÉTICA DAS ROTINAS DO SETOR DE PATRIMÔNIO

- Realizar ao menos duas vezes ao ano a conferência do ativo fixo imobilizado locado na sede administrativa, emitindo-se e encadernando-os para apresentação à diretoria;
- Solicitar a cada responsável pelo controle de patrimônio das dependências a realização da verificação do ativo fixo locado, para elaboração e emissão dos relatórios pertinentes e envio à sede administrativa para as devidas providências;
- Coordenar na sede administrativa toda e qualquer entrada, transferência e descarte de qualquer bem imobilizado;
- Conferência, controle e manutenção dos dados registrados no sistema controle de patrimônio enviado pelas dependências;

- Receber, verificar e encadernar os relatórios recebidos das dependências para apresentação a diretoria de administração, ao contador geral e a auditoria externa;
- Na abertura de uma nova dependência, levantar todo o imobilizado, elaborar os relatórios, escritos e fotográficos em 3 (três) vias e protocolar junto ao órgão competente;
- Manter contato com os responsáveis pelo setor de patrimônio nas dependências, a fim de dar suporte em casos necessários, sendo que, em alguns casos manter visitas técnicas periódicas.

APROVAÇÃO DO MANUAL

Cada rotina descrita a seguir pressupõe uma série de atividades, e em alguns casos o envolvimento de outras áreas, por isso, para a validação e devida implantação deste manual é necessário que algumas diretrizes aqui estabelecidas sejam avaliadas e aprovadas.

DA APRESENTAÇÃO

O setor de patrimônio, tem por finalidade o controle de entradas, saídas, transferências e descartes de todo ativo fixo imobilizado.

DA IMPORTÂNCIA

Dentre as importantes finalidades do controle de patrimônio da entidade, e conforme preceitua os relatórios são destinados a apresentação à diretoria de administração bem como ao contador geral em âmbito interno e a auditoria externa anualmente.

Os relatórios de controle de patrimônio no tocante a cada dependência possuem, além das apresentações acima, a necessidade de apresentação aos seus respectivos proprietários (Governo de Estado, Prefeitura e ou Empresas Privadas) também conforme indicado em cada contrato firmado.

RESPONSABILIDADES E NORMAS DO SETOR DE PATRIMÔNIO

DIRETRIZES

O Responsável pelo Setor de Patrimônio, bem como o administrador de cada

dependência deverão tomar conhecimento do controle de Patrimônio da seguinte forma:

- Identificar e manter com rigoroso controle, a relação de patrimônio, observando sempre os critérios de enquadramento do bem;
- Manter o controle e registros em sistema sempre atualizado;
- Os bens de terceiros a serem descartados deverão ser listados, baixados do sistema e devolvidos a quem de direito, mediante emissão de ofício devidamente protocolado, ou em âmbito interno sob utilização o formulário próprio de transferência.

RESPONSABILIDADES

- Manter controlado todo o ativo fixo imobilizado da Entidade.

NORMAS

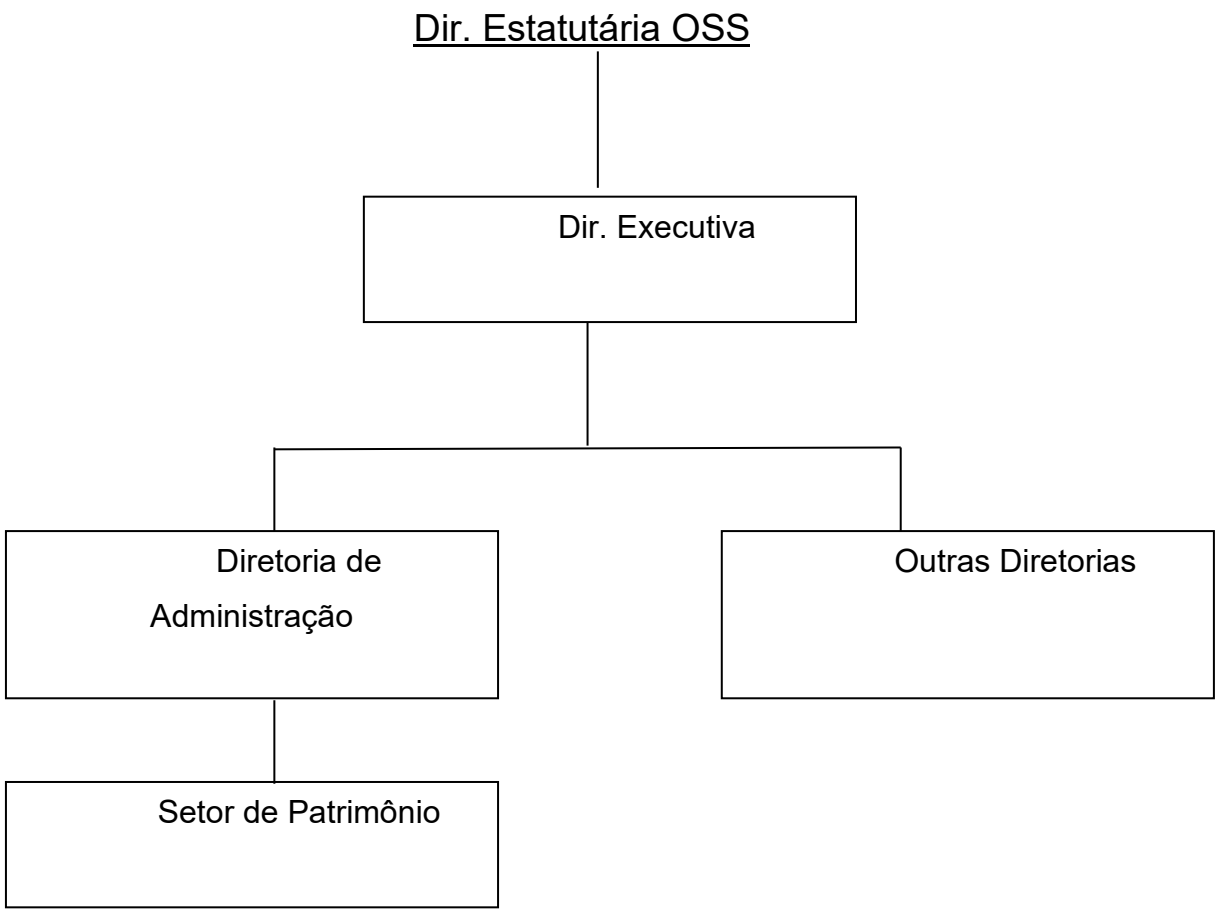
- Para a efetivação de qualquer registro no sistema de “entrada” de imobilizado novo, deve-se estar em poder de uma das vias da nota fiscal de compra do mesmo, sendo a partir de então, separada a placa de ativo fixo e realizado o cadastramento em sistema utilizando a maior quantidade de dados possíveis, constantes na nota fiscal.
- Para a efetivação de qualquer registro de “transferência” de imobilizado, deve-se atentar-se da existência do formulário pertinente e devidamente assinado por seus respectivos responsáveis.
- Para efetivação de qualquer registro no sistema de “descarte” de imobilizado, deve-se verificar se existe o formulário ou ofício pertinente com devida assinatura do diretor da área responsável.
- Tratando-se de dependência, toda e qualquer “transferência e/ou devolução” de patrimônio de terceiros (bem público), a tramitação deve ser realizada através de ofício a quem de direito, mediante protocolo.
- Tratando-se de dependência, todo “descarte” de imobilizado, deve ser solicitado por ofício a quem de direito, solicitando caso necessário sua retirada, mediante protocolo.

ATRIBUIÇÕES DO ENCARREGADO DE PATRIMÔNIO

- Manter atualizado o controle de ativo fixo imobilizado da entidade, ou seja, todas as dependências, levando-se em consideração os tipos de patrimônio existentes (Próprio, Terceiros e Gestão), sendo:
- Na abertura de uma nova dependência, levantar todo o imobilizado, elaborar relatório completo, escrito e fotográfico e protocolar junto ao órgão competente;
- Emitir relatório referente às condições do imobilizado, bem como suas considerações (seguido da listagem do imobilizado);
- Elaborar o relatório fotográfico, ratificando as considerações feitas no relatório escrito;
- O relatório completo (Relatório escrito e fotográfico) emitido quando do levantamento do imobilizado em uma nova dependência, deve ser emitido em 03 (três) vias devidamente numeradas, sendo que a via original dever ser anexada ao contrato junto a secretaria administrativa da sede, a segunda via encaminhada ao proprietário do imobilizado (Governo do Estado, Prefeitura e/ou Empresa Privada) e a terceira arquivada na unidade de saúde.
- Auxiliar a dependência na aquisição, implantação e utilização do sistema padrão para controle de patrimônio;
- Elaborar e apresentar junto aos responsáveis do setor de patrimônio os formulários a serem utilizados (Transferência, Descarte e Termo de responsabilidade);
- Informar anualmente a todas as dependências (por circular e e-mail) calendário para envio dos relatórios pertinentes;
- Conferir e encadernar anualmente os relatórios de controle de imobilizado por dependência, para apresentação a diretoria de administração, contabilidade e auditoria externa;
- Conferir e emitir semestralmente, relatório de controle de patrimônio da sede administrativa;
- Elaborar, conferir e emitir relatório estatístico (Gráficos e listagem mensal) de investimentos em imobilizados realizados na sede administrativa;
- Acompanhar toda e qualquer transferência de imobilizado realizada na sede administrativa;

- Efetivar toda e qualquer transferência e/ou descarte de imobilizado no sistema somente se seguir as rotinas estabelecidas (formulário próprio devidamente assinado por seus responsáveis);
- Manter em arquivo individualizado (por exercício contábil e mês) uma via e/ou cópia da nota fiscal de aquisição de todo e qualquer imobilizado adquirido na sede administrativa, com todas as informações possíveis;

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SETOR DE PATRIMÔNIO



DO HORÁRIO DE TRABALHO

O setor de Patrimônio funcionará das 08h00 às 18h00 de segunda à sexta-feira.

ROTINAS

ROTINA PATRIMÔNIO

Antes de qualquer registro, deve-se atentar-se para o tipo de patrimônio que vamos trabalhar, para tanto, a apresentação e registro de imobilizado seguirá seguinte critério de enquadramento

PATRIMÔNIO

São bens adquiridos pela sede e/ou transferidos de qualquer outra dependência, adquiridos pelo CNPJ da sede administrativa.

São os bens adquiridos pela sede durante gestão contratual, ou seja, todos os bens que foram adquiridos com a utilização do CNPJ da dependência, em nome da Unidade de Saúde.

PATRIMÔNIO CEDIDO (TERCEIROS)

São os bens que a sede recebeu no início da gestão do contrato na nova dependência, podendo ser bens particulares (Empresas) ou mesmo bem público (Governo de Estado, Prefeituras).

Conforme determinado pela Diretoria de Administração da Entidade, qual será o sistema padrão a ser utilizado para o controle de patrimônio, e qual do fornecedor. As dependências que por qualquer motivo tenham dificuldades em operar o sistema, poderão recorrer a sede, onde toda assistência será destinada.

ROTINA - DO CONTROLE DE PATRIMÔNIO – SEDE ADMINISTRATIVA

Hoje na sede administrativa, realizamos duas conferências ao ano de patrimônio, isto para solidificar e garantir todas as informações constantes em nossos relatórios.

O setor conta hoje com informações seguras e rápidas, trazendo por consequência muita credibilidade aos que necessitam da utilização das informações disponibilizadas.

ROTINA - DO INÍCIO DE GESTÃO EM HOSPITAIS

Levantamento Físico do Patrimônio

Após assinatura do contrato, a Diretoria da sede solicita que efetue o levantamento do imobilizado locado na nova dependência. Comunicada, a Diretoria de Administração agenda e informa as datas para realização deste. Para tanto, o material necessário é preparado para iniciarmos o levantamento (Listagem e formulários a serem utilizados pela dependência).

Na nova dependência apresentam-se o setor, instruções e rotinas, estipuladas pela Sede Administrativa, ao administrador local e/ou responsável pela área.

Verifica-se a existência ou não de listagem atualizada do controle de patrimônio, caso não, efetuar levantamento utilizando-se formulário próprio e padrão (Anexo I) para listagem dos bens por setor, estado do bem e data; concomitante ao preenchimento da listagem e/ou conferência, fotografar os imobilizados para montagem do relatório fotográfico.

Em caso de localização de imobilizado sem patrimônio, este deve ser listado de forma detalhada, citando como referência sua descrição ou mesmo localização.

Relatórios

Levantados os dados, elabora-se o relatório. Este em sua inicial deve conter dados do contrato assinado pelas partes (número, data, qual secretaria ou órgão, quem assinou, cláusula contratual que se refere a controle de patrimônio) e seus respectivos representantes que levantaram o imobilizado, bem como quem os indicou, data de início e término do levantamento.

É descrito parecer referente às condições do imobilizado, bem como toda e qualquer ocorrência de relevância, seguido de relatório fotográfico, ratificando todas as considerações do relatório escrito;

Este relatório leva em anexo a listagem do levantamento devidamente assinado por seus participantes e separado por setor e data

O relatório completo (escrito e fotográfico) deve ser emitido em 03 (três) vias devidamente numeradas sendo que, a via original deverá permanecer anexada ao contrato, junto a Sede Administrativa, a segunda será remetida a quem de direito, proprietário do imobilizado (Governo do Estado, Prefeitura e/ou Empresa Privada) através de ofício devidamente protocolado pelo departamento competente, e o

terceiro mantido em arquivo próprio do Setor de Patrimônio, ou mesmo em caso de solicitação, este pode ser entregue ao Administrador da dependência.

Lembramos que o relatório é ao seu encerramento, disponibilizado eletronicamente a dependência.

Finalizados, os relatórios são apresentados a Diretoria da Sede, para considerações e assinatura.

ROTINA - DO INÍCIO DE GESTÃO EM UNIDADES DE SAÚDE

Tal levantamento também será realizado semestralmente ou anualmente de acordo com as necessidades contratuais, locais e a obrigatoriedade do envio do mesmo ao final do ano para as devidas providências no setor de patrimônio da sede administrativa (consolidação/auditoria).

Termo de Responsabilidade

Existem dois formulários direcionados a responsabilidade setorial nas dependências:

- Após o levantamento geral do imobilizado locado na dependência, ao término de cada exercício contábil, para envio a Sede para fins de consolidação.
- Quando da entrada de um imobilizado novo em qualquer setor durante o exercício contábil, ou seja, em qualquer mês, consequentemente sendo transferida neste momento a responsabilidade do mesmo.

ROTINA - SISTEMA

Aquisição, Instalação, Suporte e Cadastro no Sistema

Definida a estrutura do setor de patrimônio da dependência, o responsável solicita orçamento junto ao fornecedor para aquisição do programa de controle de ativo fixo imobilizado, no caso do Sistema.

Este informa ao administrador as condições para aquisição obtendo assim sua aprovação. A instalação do sistema é de responsabilidade do próprio fornecedor.

Após confirmação da aquisição do sistema e instalação do programa, o responsável designado na dependência deve alimentar o sistema de acordo com os grupos de imobilizados e setores, inserindo assim todos os dados obtidos durante o

levantamento físico do patrimônio. A sede neste caso, coloca-se a disposição para apresentar ao usuário local relação de dados necessários para o início do cadastramento dos itens listados no levantamento, mantendo assistência total e auxílio ao seu usuário local.

Utilização do Sistema e demais Atribuições

Acesso ao Sistema

O acesso ao sistema é restrito ao profissional responsável pelo setor de patrimônio da dependência e seu respectivo diretor, através de cadastramento de senha de acesso. Este profissional deve estar atento e manter rigoroso controle em relação aos registros efetuados, que devem estar sempre atualizados.

ROTINA - SISTEMA

O sistema deve ser alimentado com os dados iniciais levantados (Relatório de levantamento físico) e constantemente pelas entradas, saídas, transferências e/ou descartes realizados.

1. O campo observações

Deve ser utilizado para relatar dados constantes na nota fiscal de compra de imobilizado como, fornecedor, número da nota fiscal, data de emissão e especificações constantes na descrição do bem adquirido (de forma clara e objetiva).

2. Relatórios disponíveis

Deve-se manter sempre atualizado os lançamentos no sistema, pois propiciará a possibilidade da emissão de relatórios por setor, por grupo e mesmo por período contábil. A manutenção do sistema sempre atualizado vai gerar ao setor rapidez na emissão de relatórios e informações referentes a qualquer bem locado na dependência, consequentemente o setor obterá credibilidade em suas atividades e **informações.**

ROTINA - PLACAS DE ATIVO FIXO

Fica a critério do setor de patrimônio, com o crivo do administrador de cada dependência, a aquisição de placas de ativo fixo imobilizado, isto para garantir o rápido tombamento dos imobilizados adquiridos no período da gestão, gerando a possibilidade de rápidos relatórios e acima de tudo atualizados para apresentação a quem de direito.

Aquisição

Para aquisição das placas, inicialmente, o responsável local deverá verificar qual a quantidade necessária de placas de ativo fixo por um período, e solicitar ao departamento de compras as cotações. Sugere-se que sejam levantados no mínimo 03 (três) empresas fabricantes.

Na aquisição deve atentar-se para o tipo de material a ser utilizado na confecção das placas, o responsável deverá solicitar ao fornecedor amostras do material a ser utilizado.

Desenvolvimento

Existe um padrão já definido, utilizado e sugerido pelo setor de Patrimônio da Sede Administrativa. Este deve segue as seguintes diretrizes:

Cor: Fundo xxxx escrito em preto (números e logotipos)

Tamanho: 02 cm x 05 cm

Logotipo / Logomarca: Á critério de cada administrador, consultando o setor de comunicação e ou determinação do contratante, que possui todas as especificações necessárias para informar a empresa fabricante.

ROTINA - PLACAS DE ATIVO FIXO

Aplicação

Quando do recebimento destas, iniciar o cadastramento e fixar as placas nos devidos bens atentando-se para os registros efetuados no sistema.

À utilização destas placas estão condicionadas ao período de nossa gestão, e não ao imobilizado já existente, pois o mesmo deverá ser cadastrado no sistema com distinção de empresas, ou seja, um relatório (empresa) com a identificação do CNPJ

do proprietário do imobilizado transferido e o outro com o nome da OSS (gestão) devidamente cadastrado com seu CNPJ.

ROTINA - ENTRADA DE BEM NOVO POR NOTA FISCAL

Quando da entrada de todo e qualquer bem imobilizado, deve-se atentar primeiramente, possuir uma das vias da nota fiscal de compra.

Em poder da nota fiscal, é necessário verificar se todos os dados estão corretos (fornecedor, data de emissão, valor unitário, descrição do bem).

Dá-se início ao cadastramento do bem, lembrando que o passo inicial é ter o número da placa de ativo fixo a ser utilizado, e seguir descrevendo o bem conforme o sistema vai solicitando, sempre em conformidade com a nota fiscal.

Concomitante a inserção dos dados em sistema, deve-se fixar a placa de ativo no imobilizado adquirido, está deverá ser fixada de forma a facilitar a visualização do mesmo em momentos em que os levantamentos físicos foram efetuados, seguidos estes passos o bem estará devidamente cadastrado.

ROTINA - TRANSFERÊNCIA DE BEM

Para transferir qualquer bem dentro da Sede Administrativa, o setor solicitante deverá utilizar o formulário específico para comunicação de transferência ou descarte de imobilizado, disponível na rede a todos os profissionais, preenchendo todos os dados solicitados e destacando a área “**transferência**”.

Este deve ser devidamente assinado pelos setores de origem e destino e posteriormente enviado ao setor de Patrimônio para execução da transferência.

Sugere-se que o mesmo procedimento adotado na Sede para controle de transferências seja adotado em cada dependência (formulário modelo para utilização nas dependências), porém a critério do administrador e responsável pela área de patrimônio a adoção desses procedimentos.

ROTINA - DESCARTE E/OU DEVOLUÇÃO DE QUALQUER BEM

Para os casos de descarte e/ou devolução de qualquer bem, existem dois tipos de procedimentos:

Descartes efetuados na Sede Administrativa:

Para esse procedimento o setor onde o bem a ser descartado está locado deverá utilizar o formulário específico para comunicação de transferência ou descarte, disponível a todos os profissionais, assinalando a área "**descarte**" e constando as devidas assinaturas do responsável pelo setor e diretor da área.

Descartes efetuados nas Dependências (Bens de Terceiros)

Todo e qualquer descarte para ser realizado, somente se concretizará mediante emissão de ofício a quem de direito (proprietário do imóvel), devendo este ser devidamente protocolado pelo setor competente, observando e especificando os motivos de descarte e solicitando sua retirada.

Salvo que cada órgão utiliza um padrão específico na qual o ofício deverá ser enquadrado.

Mediante ofício devidamente protocolado registrar no sistema as referidas baixas identificando os dados constantes no ofício em maior quantidade possível.

ROTINA - CONSOLIDAÇÃO DE RELATÓRIOS AO FINAL DE CADA EXERCÍCIO

A Sede Administrativa, ao final de cada exercício contábil, e ao receber os relatórios das dependências (de acordo com cronograma pré estabelecido pela Diretoria de Administração e em conformidade), tem a incumbência de verificar os dados, conferir se os mesmos estão devidamente assinados por seus responsáveis (setor de Patrimônio da dependência ou responsável e o diretor da área) e proceder a consolidação destes, separado por setor, bem como por dependência e encadernar em livro único a ser encaminhado para a ciência e aprovação da Diretoria de Administração, Contador geral e Auditoria externa.

Posterior a isso o documento é enviado para arquivo.

Além dos relatórios finais, também é de responsabilidade do setor de Patrimônio conferir e emitir semestralmente relatório de controle de patrimônio da sede administrativa e, ao final do exercício, o setor elabora, confere e emite relatório

estatístico, contendo gráficos e listagem mensal por setor, de investimentos em imobilizados realizados na Sede Administrativa em reais e unitário.

ROTINA - CONFERÊNCIA

Quando do encerramento do exercício, o setor de Patrimônio realiza conferência e listagem do ativo fixo locado em toda Sede Administrativa, classificado por setor /área. Para formalização deste é realizada a coleta da assinatura dos respectivos gerentes, coordenadores, encarregados ou responsáveis por cada área em termo de Responsabilidade específico.

**Nota: Modelo a ser adaptado de acordo com a realidade do serviço.*

3. QUALIDADE OBJETIVA

3.1 COMISSÕES

A implantação e o funcionamento de comissões institucionais em Unidades de Pronto Atendimento são fundamentais para garantir a qualidade, a segurança e a legalidade dos processos assistenciais, administrativos e operacionais. As comissões atuam como instâncias colegiadas de apoio técnico e deliberativo, responsáveis por monitorar, propor, implementar e avaliar ações específicas voltadas à melhoria contínua dos serviços prestados à população.

Diante da complexidade do cuidado em saúde, especialmente em um ambiente de urgência e emergência como o das Unidades Pronto Atendimento, torna-se essencial estabelecer uma estrutura que promova a governança clínica, o cumprimento de normativas legais e regulatórias, e a padronização de boas práticas. As comissões são instrumentos estratégicos para o fortalecimento da gestão participativa e para a promoção de um ambiente seguro, ético e resolutivo tanto para usuários quanto para profissionais.

A interação entre as comissões é um dos pilares para uma gestão integrada, capaz de evitar sobreposição de ações, promover sinergia entre áreas distintas e gerar resultados institucionais mais robustos.

Dessa forma, a integração das comissões deve estar prevista nos planos operacionais, com comunicação frequente, troca de informações, reuniões intersetoriais, indicadores compartilhados e suporte mútuo, fortalecendo a cultura institucional de corresponsabilidade e foco em resultados.

Implantar comissões ativas, participativas e alinhadas entre si não é apenas uma exigência normativa, mas um componente essencial da maturidade organizacional, da segurança do paciente e da transparência na gestão pública da saúde.

Abaixo segue o cronograma de implantação das Comissões.

CRONOGRAMA DE REUNIÃO DAS COMISSÕES														
IMPLANTAÇÃO UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SÃO VICENTE/ ANO: 2025														
COMISSÕES	**INDICADORES**	**PERIODICIDADE**	**1º MÊS**	**2º MÊS**	**3º MÊS**	**4º MÊS**	**5º MÊS**	**6º MÊS**	**7º MÊS**	**8º MÊS**	**9º MÊS**	**10º MÊS**	**11º MÊS**	**12º MÊS**
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (CVO)	% DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS CONFORME AMOSTRA PLANEJADA; % DE REGISTROS COM PREENCHIMENTO COMPLETO (ANAMNESE, EVOLUÇÃO, PRESCRIÇÃO, ENFERMAGEM ETC.); Nº DE NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS POR MÊS; % DE NÃO CONFORMIDADES RESOLVIDAS APÓS PLANO DE AÇÃO; Nº DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM BOAS PRÁTICAS DE DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA.	MENSAL												
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (CVO)	O NÚMERO ÓBITOS/ MÊS DA INSTITUIÇÃO; PERFIL POR FAIXA ETÁRIA; PERFIL DE ÓBITO POR EPIDEMIOLOGIA; ÍNDICE DE ÓBITOS EVITÁVEIS.	MENSAL												
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)	NÚMERO DE DENÚNCIAS RECEBIDAS; TEMPO MÉDIO DE ANÁLISE DAS DENÚNCIAS; PERCENTUAL DE DENÚNCIAS COM APURAÇÃO CONCLUÍDA; PERCENTUAL DE DENÚNCIAS IMPROCEDENTES; NÚMERO DE AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS.	BIMESTRAL												
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENEFERMAGEM (CEE)	NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES ÉTICAS ANALISADAS; PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES CONCLUÍDAS; TEMPO MÉDIO DE APURAÇÃO ÉTICA; PERCENTUAL DE CASOS ENCAMINHADOS AO COREN; NÚMERO DE AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS; PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM CAPACITADOS	MENSAL												
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS - CCIH)	ÍNDICE DE CUMPRIMENTO DE METAS DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (HOSPITALAR); ÍNDICE DE NOTIFICAÇÕES VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA; TAXA DE INFECÇÃO DA UNIDADE; TAXA DE INFECÇÃO INSTITUCIONAL; CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS.	MENSAL												
COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)	ÍNDICE DE ACIDENTE DE TRABALHO/ MÊS; ÍNDICE DE CAPACITAÇÃO EM ACIDENTES TRABALHO/ MÊS; TAXA DE PROFISSIONAL COM VACINAÇÃO ATUALIZADA/ MÊS.	MENSAL												
COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPEUTICA (CTF)	PERCENTUAL DE PRESCRIÇÕES COM ERRO EVITÁVEL IDENTIFICADO; EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS/MÊS; PERCENTUAL DE MEDICAMENTOS VENCIDOS DESCARTADOS; TOTAL DE TREINAMENTOS REALIZADOS X TOTAL DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS.	BIMESTRAL												
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)	TOTAL DE RESÍDUOS GERADOS (KG) ÷ Nº DE ATENDIMENTOS OU LEITOS; PROPORÇÃO ENTRE RESÍDUOS GERADOS X RESÍDUOS COMUNS; PROPORÇÃO ENTRE RESÍDUOS GERADOS X RESÍDUOS INFECTANTES;	BIMESTRAL												
NUCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)	TAXA DE INCIDENTES SEM DANO; TAXA DE EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS; TAXA DE QUEDA DE PACIENTES; TAXA DE ERROS DE MEDICAÇÃO; ADESÃO À PRESCRIÇÃO SEGURA;	MENSAL												
NUCLEO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (NVE)	TAXA DE NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS COMPULSÓRIOS; TEMPO MÉDIO DE NOTIFICAÇÃO; PERCENTUAL DE FICHAS COMPLETAS; PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES EM ATÉ 24H.	MENSAL												
NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)	% DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS; TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS DE OBSERVAÇÃO; TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA UPA; % DE SOLICITAÇÕES ATENDIDAS PELA CENTRAL; Nº DE PACIENTES AGUARDANDO > 6H REGULAÇÃO	MENSAL												
COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS MATERNOS, FETAIS E NEONATAIS.	**NÃO SE APLICA**													
COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO	AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO IMPLEMENTADAS/MÊS; REUNIÕES DA COMISSÃO REALIZADAS; CAPACITAÇÕES REALIZADAS; AMBIENTES ADEQUADOS IDENTIFICADOS (%)	MENSAL												

3.1.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

A Comissão de Analise e Revisão de Prontuários da Unidade de Pronto Atendimento tem como objetivo garantir a qualidade, a padronização e a legalidade da documentação clínica gerada durante os atendimentos, assegurando a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a rastreabilidade da assistência prestada. A obrigatoriedade de sua implantação está respaldada pelas normativas dos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente pela Resolução CFM nº 1.638/2002, que dispõe sobre a elaboração, manuseio e guarda dos prontuários médicos. Com o crescimento da complexidade assistencial, do volume de atendimentos e dos avanços técnicos e científicos na saúde, tornou-se essencial a implantação de um grupo técnico capaz de acompanhar e qualificar continuamente os registros realizados.

A Comissão é composta por profissionais multidisciplinares indicados formalmente pela gestão da Unidade de Pronto Atendimento, incluindo, preferencialmente, um médico, um enfermeiro, um profissional da área administrativa ou responsável pelo arquivo médico, um representante da Comissão de Ética Médica (quando existente), e outros profissionais de apoio técnico, conforme a necessidade. Este grupo atuará como instância consultiva, normativa e fiscalizadora, fornecendo suporte direto à direção da unidade. Entre as principais atribuições da Comissão estão:

- Estabelecer e recomendar normas para a elaboração e manutenção dos prontuários, garantindo o cumprimento dessas diretrizes;
- Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais relacionadas à assistência, pesquisa e estatísticas do hospital;
- Realizar revisões e avaliações por amostragem dos prontuários, com o intuito de verificar o cumprimento das normas estabelecidas;
- Planejar e implementar ações necessárias para manter um padrão eficaz de qualidade na documentação médica;
- Oferecer apoio às demais comissões da unidade de saúde, contribuindo para o alcance dos objetivos comuns a todas as suas atribuições.

Além das normativas dos Conselhos Profissionais, a atuação da Comissão de Prontuários está em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), a Portaria GM/MS nº 1.820/2009, e as diretrizes de qualidade e segurança preconizadas pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, a Comissão torna-se peça-chave no fortalecimento da gestão da informação em saúde, da responsabilidade institucional e da garantia dos direitos dos usuários do SUS.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos e metas da CARP.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Médico Clínico	1	Profissional com formação em medicina, especialista em clinica médica e ou emergência, que atua na Instituição.
Médico Emergencista	1	Profissional com formação em medicina, atuando na área de urgencia/ emergência na Instituição.
Enfermeiro	1	Profissional com formação em Enfermagem, na Instituição.
Administrativo	2	Profissional com formação em Administrativa (preferencialmente do Faturamento e SAME), que representa a Direção da Instituição.
ESTRATEGIA	**IMPLEMENTAÇÃO**	
Âmbito de desempenho	Análise detalhada garantindo a precisão, a integridade e a conformidade dos prontuários da instituição	
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.	
Periodicidade das Reuniões	Mensal, com data a ser definida e fixada no cronograma anual da Comissão e ou extraordinária sempre que necessário	
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e Registro das Atas.	
Meta Inicial:	Comissão implantada em até 03 meses, após inicio da gestão.	
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata do numero de prontuários analisados (em média 10% do total de prontuários), com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas e tratadas.	

O funcionamento da CARP ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

CAPITULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Analise e Revisão de Prontuário da XXXXXXXXXXXXXXX tem como atividade avaliar e promover a melhoria continua da qualidade de seus registros.

Art. 2º - Atender a Resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde é definido prontuário do paciente/ cliente como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 3º - A Comissão de Analise e Revisão de Prontuário, tem por finalidade atender:

I. Estabelecer normas para estruturar, monitorar, avaliar a qualidade e promover ações de melhoria dos prontuários do paciente/ cliente;

II. Monitorar o cumprimento do artigo nº 69 previsto no código de Ética Médica o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste.

III. Estabelecer critérios para atender a da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante, bem como assegurar que estejam permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a eles pertinentes;

IV. Atender as Resoluções do CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define o prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde; Resolução CFM nº 1.639/2002 o qual Aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre o tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

CAPITULO II - DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 4° - Esta Comissão está diretamente ligada à Diretoria Administrativa da Unidade e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta Diretoria.

CAPITULO III
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - São atribuições da Comissão de Analise e Revisão de Prontuário:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel):

II. Identificação do paciente/ cliente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP).

III. Anamnese: exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos e tratamento efetuado.

IV. Evolução diária do paciente/ cliente: com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.

V. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente/ cliente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. É obrigatório constar a assinatura e o respectivo número do CRM com a aposição do carimbo.

VI. Nos casos de emergências, nos quais seja impossível a coleta de história clínica do paciente/ cliente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

VII. Exigir que o médico elabore o prontuário para cada paciente/ cliente e que assiste, conforme previsto no artigo 69 do Código de Ética Médica.

VIII. Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários.

IX. Recomendar formulários e sistemas bem como dar orientações para se obter um bom prontuário.

X. Rever e avaliar os prontuários durante o período de internação e após as altas, bem como os de ambulatórios, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido.

XI. Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário.

XII. Devolver os prontuários aos chefes de serviços e unidades para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso.

XIII. Verificação de ultrapassagem ou antecipação da média de permanência, por patologia, devendo informar o Diretor Clínico sobre tais ocorrências.

CAPITULO IV - DA COMPOSIÇÃO:

Art. 5º - A composição mínima da comissão deverá ser membros Médicos, Administrativo, Serviço de Arquivo e Estatística e Enfermeiro. Poderá haver representantes de outros serviços e/ ou profissional da equipe multiprofissional.

Parágrafo único: Na vacância de uma vaga caberá ao Diretor Geral convidar e nomear em consenso com a Comissão um novo membro para ocupar a vaga.

CAPITULO V - DOS PRESSUPOSTOS, CRITÉRIOS E FLUXO DE TRABALHO

Art. 6º - Os membros da Comissão de Analise e Revisão de Prontuário, deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Art. 7º - A eleição desta comissão se deu por Ato Administrativo e Nomeação de Membros em reunião de implantação da Comissão, com vigência indeterminada.

Art. 8º - A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Revisão de Prontuário será feita imediatamente por indicação do Presidente em conjunto com a Diretoria Administrativa.

Art. 9º - Cabe aos membros da Comissão de Analise e Revisão de Prontuário a avaliação e metodologia da organização dos prontuários, bem como relatórios que apontem falhas e oportunidades de melhorias nos processos, visando responsabilização, guarda e manuseio dos prontuários.

Art. 10º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Parágrafo único: Caberá mensalmente o envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo serviço de Comissões.

CAPITULO VI - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11º - A Comissão de Analise e Revisão de Prontuário será composta por Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Membros Ordinários, com as seguintes atribuições:

Art. 12º - As atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Convocar e presidir as reuniões da Comissão.

II. Dirigir os trabalhos da Comissão.

III. Representar a Comissão perante a Diretoria, setores e órgãos competentes.

IV. Assinar toda a documentação da Comissão.

V. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros da Comissão.

Art. 13º - As atribuições do Vice-Presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 14º - Ao Secretário, atribuem-se:

I. Preparar os materiais necessários para as reuniões;

II. Comparecer às reuniões convocadas.

III. Registrar em atas todas as reuniões da Comissão e colher as assinaturas dos participantes.

IV. Cuidar do controle e arquivo dos documentos da Comissão.

V. Colaborar com os trabalhos da Comissão.

Art. 15º - Aos Membros Ordinários, atribuem-se:

I. Comparecer às reuniões convocadas.

II. Colaborar com os trabalhos da Comissão.

III. Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.

IV. Divulgar as atividades e objetivos da Comissão de Revisão de Prontuários.

CAPÍTULO VII - DO FUNCIONAMENTO

Art. 16º – Os membros da Comissão de Analise e Revisão de Prontuário deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico, extraordinariamente, por convocação do Presidente ou por requerimento da maioria dos membros. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Art. 17º – As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um do total de seus membros.

Art. 18º – Cada membro terá direito a um voto e os convidados não terão direito ao voto.

Art. 19º – Nas situações em que os membros da Comissão Revisão de Prontuário julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 20º - As reuniões deverão ser registradas em ata, assinadas e arquivadas pelo serviço de Comissões.

Parágrafo único - Na ausência do Presidente ou de seu Vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

CAPITULO VIII - DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 21º - O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

I. Total de prontuários avaliados/ mês da Instituição;

II. Índice de prontuários incompletos;

Disposições gerais

Art. 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com a Gestão da Unidade de Saúde.

Art. 23º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações.

Art. 24º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão foi composta na data de XX.XX.XXXX, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de avaliar e revisar o conteúdo de preenchimento e qualidade dos dados constantes nos prontuários de pacientes/ clientes.

_____

Presidente da Comissão

_____

Vice-Presidente da Comissão

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO CARP				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Planejamento Inicial	Levantamento de normativas (CFM, COREN, LGPD, MS) para embasamento da comissão	Diretoria Técnica Médica / Gestores Responsáveis	45 dias	Documento técnico de referência elaborado
Designação Oficial	Emissão de portaria ou ato administrativo nomeando os membros da comissão	Gestor Geral / Diretor Técnico	60 dias	Portaria publicada e divulgada internamente
Capacitação Inicial	Realizar capacitação para membros da comissão sobre atribuições, responsabilidades e normas	NEP/NSQP	90 dias	100% dos membros capacitados
Definição do Regimento	Elaboração e aprovação do regimento interno da comissão	CARP/ Gestor Geral/ Diretoria Técnica	90 dias	Regimento elaborado, validado e assinado
Planejamento Operacional	Definição de periodicidade das reuniões, fluxos de trabalho e metodologia de amostragem dos prontuários	CARP	90 dias	Plano de trabalho anual definido
Avaliação de Linha de Base	Avaliação inicial de uma amostra de prontuários para diagnóstico situacional	CARP	90 dias	Relatório técnico com análise de pelo menos 10% dos prontuários do mês anterior
Implantação de Melhorias	Definir plano de ação com base nas não conformidades encontradas na avaliação	CARP	120 dias	Plano de intervenção construído e validado
Monitoramento Contínuo	Estabelecimento de rotina mensal de avaliação de prontuários e produção de relatórios	CARP	Mensal	01 reunião mensal e relatório emitido trimestralmente
Divulgação dos Resultados	Compartilhar os achados da comissão com os setores da UPA e comissões correlatas	CARP	Mensal	Divulgação sistemática dos relatórios

3.1.2 Comissão de Verificação de Óbitos

Ao compreendermos as causas e os processos que envolvem a ocorrência do óbito, tora-se fundamental o aprimoramento contínuo da qualidade da atenção e do cuidado prestado, embora os óbitos não sejam eventos frequentes em uma Unidade de Pronto Atendimento, sua ocorrência exige atenção especial, tanto do ponto de vista assistencial quanto administrativo. Compreender as causas e os processos que envolvem cada caso de óbito torna-se essencial para o aprimoramento contínuo da qualidade do cuidado prestado e da segurança do paciente, mesmo em um serviço de caráter transitório como a Unidade de Pronto Atendimento.

A implantação da Comissão de Óbitos na Unidade de Pronto Atendimento tem como principal objetivo analisar criticamente os casos de óbito ocorridos na unidade,

buscando identificar falhas assistenciais, aprimorar condutas clínicas e garantir a padronização e qualidade das informações registradas. Esta comissão atua de forma articulada com a Diretoria da Instituição e com as equipes médicas e multiprofissionais, promovendo uma cultura de aprendizado e melhoria contínua.

Além disso, a Comissão é responsável por revisar os registros dos prontuários dos pacientes, assegurando que estejam completos, legíveis e compatíveis com os procedimentos realizados. A correta emissão e preenchimento dos atestados de óbito também integra as atribuições da comissão, contribuindo para a fidedignidade das informações notificadas aos órgãos competentes e para o fortalecimento das estatísticas de mortalidade.

Mesmo em um cenário onde os óbitos são esporádicos, o olhar qualificado sobre cada caso permite identificar oportunidades de melhoria, fortalecer a qualidade assistencial, preservar a ética profissional e manter a transparência institucional frente à comunidade e aos órgãos de controle.

Atribuições:

- Analisar e emitir pareceres sobre os casos de óbito da Instituição e encaminhados à Comissão;
- Elaborar normas para a auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que evoluíram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários dos pacientes falecidos;
- Estabelecer normas e fiscalizar o correto registro e preenchimento dos atestados de óbito;
- Convocar o médico responsável pelo atestado de óbito sempre que houver informações conflitantes;
- Desenvolver orientações para melhorar a qualidade das informações nos prontuários de óbito;
- Comparar o diagnóstico pré-operatório com os resultados dos exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados das necropsias, incluindo as realizadas pelo Serviço de Verificação de Óbitos (SVO).

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos, reuniões e metas da CVO.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Médico Clínico	1	Profissional com formação em medicina, especialista em clinica médica e ou emergência, que atua na Instituição.
Diretor Técnico	1	Profissional com formação em medicina, que atua como Responsável Técnico (RTM) na Instituição.
Enfermeiro	1	Profissional com formação em Enfermagem, que atua na Instituição.
Administrativo	1	Profissional com formação em Administrativa (preferencialmente do Faturamento e SAME), que representa a Direção da Instituição.

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Análise detalhada das causas e circunstâncias do óbito, se os procedimentos seguidos foram éticos, legais e adequados.
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Periodicidade das Reuniões	Mensal, com data a ser definida e fixada no cronograma anual da Comissão e ou extraordinária sempre que necessário
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e Relatório de Registro das investigações realizadas em atas, formulários de análise e providências adotadas.
Meta Inicial:	Comissão implantada em até 03 meses, após inicio da gestão e 100% dos óbitos ocorridos no trimestre investigados.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata do numero de óbitos analisados (100% do total de óbitos), com registro das conclusões e ações.

O funcionamento da CVO ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

CAPITULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Revisão de Óbito do XXXXXXXXXXXX tem como atividade avaliar as condições e causas mortis de seus obtidos, bem como promover a melhoria continua da qualidade de seus registros.

Art. 2º - A Comissão de Revisão de Óbito, tem por finalidade atender:

I. Atender a orientação do CRM a Resolução CFM n.1897 de 17 de abril de 2009 encontrando maior especificidade na Resolução CREMESP n.114 de 01 de março de 2005.

II. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade informações dos atestados de óbitos.

III. Buscar continuamente a melhoria do processo diagnostico e terapêutico através de análise crítica dos óbitos ocorridos e como documento ético profissional.

IV. Manter fonte de dados estatísticos, para identificação do perfil epidemiológico regional e contribuir com o banco de dados do DATASUS – SIM (Serviço de Informação sobre Mortalidade).

CAPITULO II - DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 3° - Esta Comissão está diretamente ligada à XXXXXXXXX da Unidade e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta XXXXX.

CAPITULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º - São atribuições da Comissão de Revisão de Óbito;

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados.

II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.

III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.

IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbitos.

V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes.

VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações de óbito nos prontuários.

VII. Comparar diagnóstico com os exames realizados.

VIII. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos).

IX. Zelar pelo sigilo ético das informações.

X. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.

XI. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

XII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

XIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifica com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

XIV. Identificar os óbitos evitáveis como eventos sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;

XV. Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários da unidade de saúde.

XVI. Elaborar relatório analítico semestral/anualmente e encaminhar Diretor Administrativa nos diversos níveis da assistência.

CAPITULO III - DA COMPOSIÇÃO:

Art. 5º - A composição mínima da comissão deverá ser de dois membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de

cada Instituição. Poderá haver representantes de outros serviços e/ ou especialidades médicas, sempre que necessário.

Parágrafo único: Na vacância de uma vaga caberá ao XXXXXX convidar e nomear em consenso com a Comissão um novo membro para ocupar a vaga.

CAPITULO IV - DOS PRESSUPOSTOS, CRITÉRIOS E FLUXO DE TRABALHO

Art. 6º - Todo óbito ocorrido na Instituição, deverá ser registrado no sistema informatizado (da unidade de saúde) ao ser liberado o corpo (seja para serviço funerário, SVO ou IML) pela Enfermeira responsável do setor, contendo nome do paciente/ cliente, data e hora do óbito e Unidade de Internação.

Art. 7º - Os registros deverão ser encaminhados mensalmente ao serviço de Comissões.

Art. 8º - Os prontuários deverão serem analisados em até 48 horas após ocorrido o óbito, devendo o mesmo permanecer no setor até concluído a revisão;

Art. 9º - A Comissão de Revisão de Óbito deverá averiguar em que condições se deu o óbito, verificar se o atendimento prestado pelo Médico e Enfermagem estavam adequados, assim como toda a assistência oferecida durante todo o período de internação.

Art. 9º - A Comissão de Revisão de Óbito poderá solicitar formalmente o prontuário, se necessário para a coleta de informações com os próprios envolvidos no referido atendimento.

Art. 10º - Avaliar o preenchimento da Declaração de Óbito pelo Médico e quando necessário orientar sobre o correto preenchimento. Desta avaliação deverá ser emitido um relatório em formulário próprio com os dados específicos.

Art. 10º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 11º - Após cada reunião, a Comissão deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem e Diretoria Administrativa da Instituição.

Art. 12º - A composição desta Comissão deverá ser por reunião de nomeação pela gestão da unidade de saúde e tem vigência de 24 meses a contar desta data

Parágrafo único: Caberá mensalmente o envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo serviço de Comissões.

CAPITULO V - DA COMPOSIÇÃO

Art. 13º - A Comissão de Revisão de Óbito será composta por Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Membro Ordinário, com as seguintes atribuições:

Art. 14º - As atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Elaborar e organização da pauta das reuniões e a preparação de cada tema nela incluído.

III. Representar a comissão junto à Diretoria Administrativa da Instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

V. Fazer cumprir o regimento.

VI. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

VII. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Art. 15º - As atribuições do Vice-Presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 16º - As atribuições da Secretaria da Comissão, são:

I. Organizar a ordem do dia;
II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
III. Lavrar a ata das reuniões;
IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
VI. Preparar a correspondência;
VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
VIII. Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Art. 17º - Aos Membros Ordinários, atribuem-se:
I. Comparecer às reuniões convocadas.
II. Colaborar com os trabalhos da Comissão.
III. Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.
IV. Divulgar as atividades e objetivos da Comissão de Revisão de Prontuários.

CAPITULO VI - DO FUNCIONAMENTO

Art. 18º – Os membros da Comissão de Revisão de Óbito deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico, extraordinariamente, por convocação do Presidente ou por requerimento da maioria dos membros. Todos os

membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Art. 19º – A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Revisão de Prontuário será feita imediatamente por indicação do Presidente.

Art. 20º – As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um do total de seus membros.

Art. 21º – Cada membro terá direito a um voto e os convidados não terão direito ao voto.

Art. 22º – Nas situações em que os membros da Comissão Revisão de Óbito julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 23º - As reuniões deverão ser registradas em ata, assinadas e arquivadas pelo serviço de Comissões.

Parágrafo único - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

CAPITULO VII - DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 24º - O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

I. O número óbitos/ mês da Instituição;
II. Perfil por faixa etária;
III. Perfil de óbito por epidemiologia;
IV. Índice de óbitos evitáveis.

CAPITULO VIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com a XXXXXXXXXXX da Unidade.

Art. 26º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações.

Art. 27º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão foi composta na data de XX.XX.XXXX formada, na sala de reuniões da Unidade, com o intuito primário de avaliar e revisar o os óbitos e suas causas em como o conteúdo de preenchimento e qualidade dos prontuários de pacientes/ clientes.

_____

Presidente da Comissão

_____

Vice-Presidente da Comissão

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO CVO				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Planejamento Inicial	Levantamento normativo (MS, CFM, portarias locais) para embasar a CVO	Diretoria Técnica Médica / Gestor Geral	45 dias	Documento de base legal e diretrizes técnicas
	Elaboração da proposta da comissão (finalidade, composição, objetivos, fluxo)	Diretoria Técnica Médica / Gestor Geral	60 dias	Proposta técnica formatada
Designação Oficial	Nomeação dos membros por portaria oficial	Diretoria Técnica Médica / Gestor Geral	60 dias	Portaria assinada e publicada
Definição do Regimento	Elaboração do Regimento Interno da CVO	CVO/ Gestor Geral/ Diretoria Técnica	90 dias	Regimento aprovado e assinado
Capacitação Inicial	Capacitação da equipe da comissão (formação sobre normas e boas práticas de análise de óbitos)	NEP/NQSP	90 dias	100% dos membros capacitados
Planejamento Operacional	Implementação da rotina de reuniões da CVO (mensais ou conforme demanda), definição dos fluxos de comunicação e protocolo interno de verificação de óbito	CVO	90 dias	Cronograma oficial da comissão
Avaliação de Linha de Base	Realização da primeira análise de óbitos (últimos 90 dias) com emissão de relatório	CVO	90 dias	1º relatório de verificação emitido
Implantação de Melhorias	Devolutiva interna com plano de ação para pontos críticos identificados	CVO/ Direção Técnica Médica	15 dias após análise	Relatório de recomendações e plano de melhoria
Monitoramento Contínuo	Monitoramento contínuo dos óbitos e ajustes no protocolo	CVO	Mensal	Relatórios mensais e indicadores atualizado
Divulgação dos Resultados	Compartilhar os achados da comissão com os setores da UPA e comissões correlatas	CVO	Mensal	Divulgação sistemática dos relatórios

3.1.3 Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica é o órgão responsável pela supervisão e promoção da ética profissional dentro da instituição, atuando como representante dos Conselhos Federal e Regional de Medicina. Sua principal função é garantir que a prática médica seja realizada conforme os mais elevados padrões éticos, zelando pelo correto exercício da profissão, pela reputação da Medicina e pelo prestígio daqueles que a exercem de maneira legal, responsável e comprometida com a saúde e a dignidade dos pacientes.

Mesmo em unidades de atendimento de urgência e emergência como a UPA, onde o fluxo assistencial é intenso e marcado por decisões clínicas rápidas, a atuação da Comissão de Ética Médica é fundamental para assegurar a integridade das práticas médicas. O papel da comissão inclui promover um ambiente de respeito entre os profissionais de saúde, além de orientar, prevenir e intervir sempre que houver indícios de infrações ético-profissionais.

A criação da Comissão de Ética Médica deve observar as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), especialmente a Resolução CFM nº 2.152/2016, que dispõe sobre as normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica nos estabelecimentos de saúde. De acordo com essa normativa, nas instituições que contam com menos de 30 médicos, realidade comum nas UPAs, a implantação da comissão é facultativa, mas caso seja instituída, deve ser aprovada formalmente pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) correspondente. Mesmo sendo facultativa, a presença da comissão contribui significativamente para fortalecer a governança clínica e a segurança institucional, sendo uma boa prática recomendada.

Além da Resolução CFM nº 2.152/2016, a estrutura e atuação da comissão devem estar embasadas também na Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico) e no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), que estabelecem as responsabilidades, deveres e vedações da prática médica.

A comissão deve ser composta por médicos da própria instituição, respeitando critérios definidos em regimento interno, sendo composta, preferencialmente, por um presidente, um secretário e membros efetivos. A escolha desses membros deve

ocorrer por meio de eleição democrática, com participação de todos os médicos da unidade, garantindo que todos tenham direito de votar e de ser votados. O mandato terá duração definida no regimento, podendo ser, por exemplo, de dois anos, com possibilidade de recondução, conforme previsto na normativa do CFM.

Na rotina da UPA, a Comissão de Ética Médica pode se reunir de forma ordinária bimestralmente, e de forma extraordinária sempre que necessário. As atividades desenvolvidas devem ser registradas em atas e relatórios, garantindo transparência e organização dos processos internos. Denúncias ou comunicações devem ser recebidas de forma sigilosa e protocolada, respeitando os direitos de todas as partes envolvidas.

A implantação da Comissão de Ética Médica em uma UPA representa um compromisso institucional com a qualidade, a legalidade e a humanização da assistência em saúde. Ainda que sua constituição seja opcional em unidades com menos de 30 médicos, sua presença agrega valor ético, fortalece a imagem institucional e contribui para a segurança jurídica e assistencial do serviço prestado à população.

Atribuições:

- Orientar e fiscalizar o cumprimento dos princípios éticos no exercício da Medicina dentro da instituição, promovendo um ambiente de trabalho ético e responsável;
- Atuar como um controle de qualidade, monitorando as condições de trabalho e a prestação de assistência médica, sugerindo e acompanhando as mudanças necessárias para melhorar os processos;
- Denunciar às instâncias superiores quaisquer condições inadequadas de trabalho que possam comprometer a qualidade do atendimento e o bem-estar dos profissionais e pacientes;
- Prestar assessoramento às diretorias técnica/ clinica, administrativa e técnica da instituição, oferecendo suporte e orientações dentro de sua área de competência, a fim de garantir o alinhamento das práticas institucionais com os princípios éticos da Medicina.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos, reuniões e metas da CEM.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Presidente (membro efetivo)	1	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Instituição.
Vice - Presidente (membro efetivo)	1	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Instituição.
Secretário (membro efetivo)	1	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Instituição.
Membros Suplentes	3	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Instituição.

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Manutenção da ética médica, interação com outras comissões e intervenção em desvios éticos da profissão.
Tipo de Indicador	Bimestral e continuo.
Periodicidade das Reuniões	Bimestral, com data a ser definida e fixada no cronograma anual da Comissão e ou extraordinária sempre que necessário
Fonte de Auditoria	Fontes de investigações éticas, julgamento deliberaçõe e registro das atas.
Meta Inicial:	Comissão implantada em até 04 meses (devido ao processo eleitoral), após inicio da gestão.
Meta Permanente:	Reunião bimestral e ou extraordinária com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas e tratadas.

O funcionamento da CEM ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Da natureza e finalidade

Art. 1º - A Comissão de Ética Médica (CEM) do XXXXXXXXXXXX, desempenha suas atribuições, educativas e fiscalizadoras.

Art. 2º - A CEM exerce suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no CRM / LOCAL, que exercem atividade assistencial ou Administrativa nas dependências do XXXXXXXXXX.

Art. 3º - A CEM é autônoma em relação à Administração da Unidade de Saúde, mantendo com a mesma, relação de assessoria em ações educativas e fiscalizadoras.

Art. 5º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual ele deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 6º - A Comissão Ética Médica tem por finalidade assessorar nos processos:

I. Proporcionar aos pacientes/ clientes um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica;

II. Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde;

III. Aprimorar seus conhecimentos médicos mediante programas de educação continuada;

IV. Conseguir condições dignas de trabalho e remuneração, de forma hierarquizada e respeitosa.

Parágrafo Único: Os atendimentos respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Gestão Administrativa e Técnica, ressalvados os casos de urgência e emergência.

Da subordinação

Art. 7° - Esta Comissão está diretamente ligada à Gestão da Unidade de Saúde e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta Diretoria, será composta por membros das equipes multiprofissionais do

XXXXXXXXXX, devendo contar obrigatoriamente, com representação de profissionais médico.

Da composição

Art. 8º - A CEM será composta por X (XXXX) médicos membros titulares e um auxiliar administrativo, que participam das atividades inerentes a CEM e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto. Além de X (XXXX) membros suplentes que serão convocados, por ordem de votação, na impossibilidade de participação dos membros titulares.

Parágrafo Único – o número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do CFM ou CRM / LOCAL;

Art. 9º - Os membros eleitos, escolherão por votação, o Presidente e o Secretário.

Parágrafo único - No caso de vacância ou desligamento dos membros titulares, os membros suplentes procederão a substituição dos mesmos por ordem do resultado da eleição e exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art. 10º - Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em Reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleição do seu Presidente e ou Secretário.

Art. 11º - Não poderão integrar a CEM os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, bem como aqueles que não estejam quites com o CRM-ES.

Parágrafo 1 – Os membros da CEM que, posteriormente passarem a exercer cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na Unidade deverão pedir afastamento, enquanto durar o seu mandato.

Parágrafo 2 – O desligamento da instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

Das competências

Art. 12º - Compete ao CEM:

I. Supervisionar, orientar e fiscalizar o exercício ético e legal da atividade médica dentro das dependências da Unidade;

II. Comunicar ao CRM / LOCAL quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

III. Comunicar ao CRM / LOCAL denúncia do exercício ilegal da profissão;

IV. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao CRM / LOCAL quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica, sem emitir juízo.

V. Desenvolver atividade educativa através de discussões, divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Diretoria Administrativa e Técnica;

VI. Fornecer subsídios à Gestão Administrativa, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

VII. Atuar preventivamente, conscientizando os médicos da Unidade, quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético, através de reuniões, comunicados eletrônicos e outros meios disponíveis;

VIII. Divulgar a CEM aos médicos e usuários da Unidade, sua constituição, finalidades e localização.

IX. Manter relação com as Comissões de Óbito e de Prontuário colaborando na avaliação da qualidade da documentação produzida.

X. Realizar orientação sempre que necessário para o exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes e determinações dos órgãos componentes;

XI. Solicitar esclarecimentos ao Diretor Técnico/ Clínico sobre seus atos, quando entender necessário.

XII. Eleger o Presidente e o Secretário;

XIII. Comparecer a todas as reuniões da CEM, discutindo e votando as matérias em pauta;

XIV. Desenvolver as atribuições conferidas a CEM;

XV. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias;

XVI. Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes;

Art. 13º - Compete ao Presidente da CEM:

I. Representar a CEM perante as Direções da Unidade e do CRM / LOCAL.

II. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

III. Convocar o Secretário ou, na ausência deste membro da CEM, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;

IV. Encaminhar ao CRM / LOCAL os Relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração ao Código de Ética Médica, bem como aquelas que tiveram origem naquele órgão;

V. Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório a CEM quando da apuração de sindicâncias, bem como responder às consultas referentes a assuntos éticos.

Art. 14º - Compete ao secretário da CEM:

I. Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;

II. Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;

III. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

IV. Supervisionar, lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à CEM;

V. Manter em arquivo próprio os documentos relativos a CEM.

Art. 15º - Compete ao apoio administrativo

I. Receber os expedientes encaminhados a CEM;

II. Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na CEM;

III. Manter o arquivo da CEM em ordem;

IV. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

V. Lavrar, sob a supervisão do Secretário da CEM, as Atas das reuniões;

VI. Confecção de memorandos, ofícios e rotinas operacionais da CEM

VII. Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM

VIII. Zelar pelo patrimônio disponibilizado à Secretaria da CEM;

IX. Proceder as convocações para as reuniões da CEM;

X. Proceder as convocações para as oitivas;

XI. Secretariar as oitivas instituídas pela CEM;

XII. Lavrar os depoimentos durante as oitivas;

XIII. Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos;

XIV. Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

Das eleições

Art. 16º - A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade médica, inscritos regularmente no CRM / LOCAL. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Art. 17º - A convocação da eleição será feita pelo Diretor XXXX, por Edital a ser divulgado no período de 30 trinta dias antes da eleição.

Art. 18º - Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor XXXX com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 19º - Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados pelo Diretor XXXX, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art. 20º - O Diretor XXX designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CRM / LOCAL.

Art. 21º - Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEM.

Art. 22º - A CEM será composta pelos X (XXX) candidatos que obtiverem o maior número de votos.

Parágrafo único - Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico da Unidade. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no CRM / LOCAL.

Art. 23º - A apuração deverá ser realizada imediatamente após o encerramento da votação pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 24º - O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CRM / LOCAL para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 25º - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após a eleição, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao CRM-LOCAL.

Art. 26º - Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CRM-LOCAL ou pelo Presidente da Comissão Eleitoral, quando então se procederá a escolha do Presidente e Secretário da CEM através de ordem decrescente do número de votos recebidos.

Art. 27º - O mandato da CEM será de até 24 (vinte e quatro) meses.

Do funcionamento

Art. 28º - A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias bimestral e reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

Art. 29º - As reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário na ausência do primeiro ou de membro titular na ausência dos dois primeiros, no dia e hora devidamente divulgados com presença de no mínimo X (XXX) membros.

Parágrafo único - Na ausência do Presidente e Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretário que a conduzirão, respeitando ordem de classificação pelo número de votos na eleição.

Art. 30º - Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicância tem caráter sigiloso.

Art. 31º - Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples dos presentes à reunião, sendo prerrogativa do Presidente o “voto de Minerva” em caso de empate. Entretanto, a aprovação de Relatórios de Sindicâncias ou de assuntos de importância relevante, somente poderá ocorrer com a presença de no mínimo 3 (três) membros da CEM.

Art. 32º - As sindicâncias serão instauradas mediante:

I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;

II. Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Técnico da Unidade.

III. Deliberação da própria CEM ao tomar conhecimento de assunto que mereça ser apurado;

IV. Determinação do CRM / LOCAL.

Art. 33º - Aberta a Sindicância, o Presidente indica um ou mais membros da CEM para proceder as averiguações, redigir o Relatório com suas conclusões e apresentá-lo em reunião ordinária. O membro da CEM que se julgar impedido para determinada Sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Art. 34º - Instaurada a Sindicância, a CEM notifica os citados na sindicância, oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos e de manifestação.

Art. 35º - Os envolvidos na Sindicância podem manifestar-se por escrito ou ser ouvidos pela comissão sindicante.

Art. 36º - Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como: cópias das oitivas, prontuários, e outros que possam colaborar no esclarecimento dos motivos da Sindicância, deverão ser devidamente numerados e juntados à sindicância.

Art. 37º - O acesso aos documentos de qualquer sindicância é facultado somente às partes e aos membros da CEM.

Art. 38º - Em qualquer momento os envolvidos têm direito a consulta e solicitar cópia dos documentos constantes da sindicância e encaminhar manifestações, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por sua eventual quebra.

Art. 39º - Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo.

Art. 40º - O membro da CEM, presente à reunião que não se julgar suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas da Sindicância, propor diligências ou adiamento da votação. O prazo de vistas, improrrogável, será até a realização da próxima reunião ordinária.

Art. 41º - Encerrada a sindicância as partes envolvidas devem ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade de recurso junto ao CRM / LOCAL, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Art. 42º - Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CRM / LOCAL, para a competente tramitação.

Art. 43º - Constatada a existência de indícios de infração Administrativa, o fato deverá ser comunicado à Diretoria Técnica do XXXXXXXXXX para as providências cabíveis.

Art. 44º – Em casos considerados de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas “ad referendum” do CRM / LOCAL.

I. Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

II. Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do Relatório ao CRM / LOCAL.

Art. 45º - O membro da CEM envolvido em sindicância não participarão das discussões de análise e da votação final do referido expediente.

Das disposições gerais

Art. 46º – Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados ao CRM / LOCAL para manifestação.

Art. 47º - Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras Resoluções do Conselho Federal de Medicina, do CRM / LOCAL e quando a CEM julgar necessário.

Art. 48º - O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os membros do Corpo Clínico, será disponibilizado a cada médico, mediante protocolo de entrega e responsabilidade sobre o mesmo.

Art. 49º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão foi composta na data de ____/____/____, formada, na sala de reuniões da Unidade, com o intuito primário de avaliar e promover a assistência e qualidade em terapia nutricional dos pacientes/ clientes.

Cidade, de XXXXX de 20xx.

_____

Presidente

Vice – Presidente

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO CEM				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Avaliação de Viabilidade	Avaliação da elegibilidade para criação da CEM conforme Resolução CFM nº 2.152/2016	Gestão Geral/ Direção Técnica Médica	60 dias	Parecer técnico da viabilidade
Estruturação da Comissão	Elaboração da proposta de estrutura, objetivos, composição e normas da CEM	Gestão Geral/ Direção Técnica Médica	60 dias	Documento-base da comissão
Solicitação ao CRM	Envio de ofício ao Conselho Regional de Medicina solicitando autorização para implantação da CEM	Gestão Geral/ Direção Técnica Médica	60 dias	Protocolo registrado no CRM
Divulgação do Processo Eleitoral	Lançamento do edital de convocação para a eleição dos membros da CEM	Gestão Geral/ Direção Técnica Médica	75 dias	Edital interno publicado
Inscrição dos Candidatos	Recebimento das candidaturas dos médicos da unidade	Comissão Eleitoral Interna	90 dias	Lista final de candidatos
Realização da Eleição	Votação direta pelos médicos da UPA para escolha dos membros da comissão	Comissão Eleitoral	105 dias	Resultado da eleição apurado
Homologação pelo CRM	Envio e homologação do resultado da eleição junto ao Conselho Regional de Medicina	CRM / Local	120 dias	Homologação oficial da CEM
Criação do Regimento Interno	Elaboração, revisão e assinatura do Regimento Interno da CEM pelos membros eleitos	Membros Eleitos/ Direção Técnica Médica	120 dias	Regimento aprovado e arquivado
Primeira Reunião Oficial	Realização da 1ª reunião da Comissão de Ética Médica e definição do cronograma anual	CEM/ Direção Técnica Médica	120 dias	Ata da primeira reunião registrada
Planejamento Anual de Ações	Elaboração do plano de trabalho com ações de educação, orientação e fiscalização ética	Comissão de Ética Médica	120 dias	Plano de ação da CEM estruturado

3.1.4 Comissão de Ética em Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é um órgão de representação do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), com atuação permanente no âmbito institucional. Sua finalidade é promover, fiscalizar e orientar o exercício ético-profissional dos integrantes da equipe de enfermagem, enfermeiros, técnicos e auxiliares, dentro dos serviços de saúde, assegurando a observância das normas estabelecidas pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

No contexto de uma Unidade de Pronto Atendimento, a CEE desempenha um papel estratégico ao fortalecer a cultura ética frente à alta complexidade e à velocidade exigida pelas decisões assistenciais. Sua atuação contribui diretamente para a qualificação da assistência, para a preservação dos direitos dos pacientes e para a valorização da profissão, pautando-se sempre nos princípios da legalidade, dignidade e segurança do cuidado.

Reconhecida pela Gestão de Enfermagem da instituição, a Comissão de Ética de Enfermagem mantém autonomia funcional e atua de forma educativa, consultiva e preventiva, promovendo o diálogo entre os profissionais da enfermagem, a gestão institucional e os órgãos reguladores. Além de apurar situações relacionadas à conduta ética, a comissão também participa de auditorias internas, contribui com o

processo de educação continuada e orienta sobre boas práticas no cotidiano dos serviços.

A criação e funcionamento da CEE estão regulamentados pela Resolução COFEN nº 564/2017, que estabelece as diretrizes para sua constituição, composição, atribuições, critérios de eleição e funcionamento. De acordo com essa normativa, toda instituição de saúde com equipe de enfermagem própria pode constituir uma comissão, cuja instalação deve ser previamente aprovada pelo COREN da respectiva jurisdição. A resolução também reforça que a comissão não tem caráter punitivo, mas atua como braço educativo e disciplinador, promovendo a ética e o respeito profissional.

Além disso, a Resolução COFEN nº 674/2021 atualiza normas sobre os processos éticos no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, servindo como complemento normativo, especialmente em situações que exijam apuração formal ou encaminhamento de condutas à instância superior.

O processo de instalação da CEE na UPA 24h é formal e transparente, devendo seguir as seguintes etapas:

- Elaboração do regimento interno da comissão, em conformidade com as resoluções vigentes;
- Consulta aos profissionais de enfermagem da unidade sobre a adesão à comissão;
- Realização de eleição democrática, com voto direto e secreto entre os membros da equipe;
- Homologação da comissão eleita junto ao COREN local;
- Posse dos membros e início das atividades com planejamento anual de ações educativas e fiscalizatórias.

A comissão deve ser composta por, no mínimo, três membros titulares e três suplentes, sendo todos profissionais da enfermagem em exercício na unidade. Os mandatos têm duração de três anos, permitida uma recondução consecutiva.

Atribuições:

- Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da instituição, de forma preventiva e corretiva, garantindo que todos os profissionais de enfermagem mantenham padrões éticos elevados no exercício de suas funções.

- Zelar pelo exercício ético da profissão de enfermagem, assegurando o cumprimento rigorosamente do código de ética da profissão, preservando o respeito à dignidade humana e os direitos dos pacientes.
- Colaborar com o COREN no combate ao exercício ilegal da profissão trabalhando em parceria com o COREN/ Local para identificar práticas fraudulentas ou ilegais.
- Promover a educação ética e a reflexão contínua entre os profissionais de enfermagem, proporcionando aos profissionais de enfermagem o conhecimento necessário para a prática diária da profissão com responsabilidade e respeito às normas éticas.
- Realizar investigações sobre denúncias de práticas antiéticas formalmente recebida, a C.E.E. tem o dever de investigar os fatos e adotar medidas disciplinares cabíveis.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos, reuniões e metas da CEE.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Presidente	1	01 Enfermeiro eleito por votação interna pela equipe de Enfermagem da Instituição para compor a Comissão de Ética de Enfermagem.
Vice Presidente	1	01 Enfermeiro eleito por votação interna pela equipe de Enfermagem da Instituição para compor a Comissão de Ética de Enfermagem.
Secretário	1	01 Técnico ou Auxiliar de Enfermagem eleito por votação interna pela equipe de Enfermagem da Instituição para compor a Comissão de Ética de Enfermagem.
Membros Efetivos	2	01 Profissional Enfermeiro e 01 profissional Técnicos e ou Auxiliares de Enfermagem eleito por votação direta pela equipe de enfermagem da Instituição para compor a Comissão de Ética de Enfermagem.
Membros Suplentes	5	03 Profissionais Enfermeiros e 02 profissionais Técnicos e ou Auxiliares de Enfermagem eleito por votação direta pela equipe de Enfermagem da Instituição para compor a Comissão de Ética de Enfermagem.

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Manutenção da ética de enfermagem, interação com outras comissões e intervenção em desvios éticos da profissão.
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Periodicidade das Reuniões	Mensal, com data a ser definida e fixada no cronograma anual da Comissão e ou extraordinária sempre que necessário
Fonte de Auditoria	Fontes de investigações éticas, julgamento deliberações e registro das atas.
Meta Inicial:	Comissão implantada em até 04 meses (devido ao processo eleitoral), após inicio da gestão.
Meta Permanente:	Reunião mensal e ou extraordinária com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas e tratadas.

O funcionamento da CEE ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I
DA APRESENTAÇÃO

Art.1º. A Comissão de Ética em Enfermagem do XXXXX é um órgão representativo do COREN/ Local, com função educativa, consultiva, fiscalizadora e ética do exercício profissional nesta instituição, e tem com esta uma relação de autonomia.

CAPÍTULO II
DA IMPORTÂNCIA

Art.2º. A criação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é importante para melhor encaminhar e avaliar os problemas profissionais de enfermagem, bem como proporcionar melhores condições de análise da assistência prestada e as condições de trabalho oferecidas.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art.3º. A Comissão de Ética de Enfermagem do XXXXX será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, membros efetivos e respectivos suplentes eleitos, das categorias Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício junto à Instituição. A vacância de Presidente obrigatoriamente será pelo profissional Enfermeiro, eleitos em pleito legal.

Art.4º. O Enfermeiro que exerce o cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da C.E.E.

Art.5º. O tempo de mandato da C.E.E. será de 03 (três) anos, sendo admitido uma reeleição.

CAPÍTULO IV
DA COMPETÊNCIA

Art.6º. Compete à Comissão de Ética de Enfermagem do XXXXXXX:

I. Identificar um princípio absoluto de conduta e atitude perante os dilemas morais da condição humana;

II. Eliminar conflitos profissionais, moralizar a profissão e contribuir na formação do caráter dos enfermeiros;

III. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

IV. Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos usuários, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

V. Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Enfermagem, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

VI. Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem divulgando resoluções, normas e pareceres;

VII. Assessorar a gestão técnica e administrativa da instituição, dentro de sua área de competência;

VIII. Proceder Sindicância a pedido de interessados, enfermeiros e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

IX. Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição.

X. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

XI. Promover e participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem a interpretação do Código de Ética e a conscientização de questões éticas e disciplinares, encaminhando as conclusões e recomendações ao COREN/ Local;

XII. Realizar a necessária orientação à equipe de enfermagem sobre comportamento ético-profissional e as implicações advindas de atitudes antiéticas;

XIII. Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre dilemas éticos;

XIV. Apreciar e emitir parecer sobre dilemas éticos de enfermagem, sempre que necessário;

XV. Fiscalizar o exercício ético da profissão;

XVI. Averiguar as denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;

XVII. Notificar ao COREN/ Local as irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas detectadas;

Art.7º. Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem

I. Eleger Presidente e Secretário;

II. Comparecer às reuniões da comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;

III. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias;

IV. Desenvolver atribuições previstas no presente regimento.

Art.8º. Compete ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem

I. Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da comissão;

II. Planejar e controlar as atividades programadas;

III. Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à chefia de enfermagem para ciência e demais providências administrativas;

IV. Elaborar relatório de acordo com o preconizado e encaminhar ao COREN/XX;

V. Representar a CEE perante às instâncias superiores, inclusive n o COREN/XX;

VI. Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;

VII. Solicitar ao Presidente do COREN/Local, apoio quando o caso assim requeira;

VIII. Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências.

Art.9º. Compete ao Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem

I. Secretariar as reuniões e registrá-las em ata;

II. Verificar o quórum nas sindicâncias;

III. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos na CEE;

IV. Realizar as convocações dos denunciados e dos denunciantes, bem como das testemunhas;

V. Organizar arquivo referente aos relatórios da sindicância;

CAPÍTULO V
DAS ELEIÇÕES

Art. 10º. Os membros da CEE serão eleitos através de voto facultativo secreto e direto e na impossibilidade poderá ser através de indicação do Enfermeiro Responsável Técnico ou manifestação voluntária de candidatos.

Parágrafo único – quando ocorrer indicação do Enfermeiro Responsável Técnico ou manifestação voluntária, deverão ser observados os critérios contidos no Art. 15, deste regimento, devendo a relação dos nomes ser afixados em local de fácil acesso à todos os profissionais de enfermagem, por sete dias, para ciência e manifestação.

Art.11º. Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

Grupo 1 – Categoria de Enfermeiros

Grupo 2 – Técnicos de Enfermagem

Parágrafo único – Os Enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do grupo I e os Técnicos de Enfermagem, nos candidatos do grupo II.

Art.12º. A convocação da eleição será feita pelo Enfermeiro Responsável Técnico, por Edital a ser divulgado na instituição no período de 60 dias antes da eleição.

Art.13º. O Enfermeiro Responsável Técnico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, divulgar, dirigir e supervisionar todo processo eleitoral.

Parágrafo único – Os membros da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à CEE.

Art.14º. Os candidatos farão sua inscrição individualmente, com antecedência mínima de 30 dias antes da eleição, e a lista dos inscritos, divulgados na instituição, por ordem alfabética durante o período mínimo de 1 (uma) semana.

Parágrafo único – A lista de candidatos deverá ser enviada ao COREN/ Local para apreciação das condições necessárias de elegibilidade.

Art.15º. Os candidatos deverão apresentar os seguintes requisitos:

I. Estar com situação inscricional regularizada junto ao COREN/ Local seja ela definitiva ou provisória, inclusive com a inexistência de débito junto ao COREN/ Local.

II. Quando for inscrição provisória, o candidato deverá efetuar renovação ou inscrição definitiva 10 dias antes da data de vencimento;

III. Não estar envolvido em processo ético no COREN/ Local.

IV. Não estar respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Art. 16º. A apuração será realizada pelo presidente da Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento do processo, podendo ser assistida por todos os interessados.

§ 1º Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos no Grupo I e Grupo II e os resultados finais deverão ser encaminhados ao COREN/ Local no prazo máximo de 10 dias após o pleito.

§ 2º Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder ao desempate utilizando-se do critério de maior tempo de exercício profissional na instituição na categoria eleita. Persistindo empate, deverá ser utilizado o tempo de inscrição no Conselho.

Art. 17 º. Recursos em protestos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral ou contra algum candidato eleito, indicados ou voluntário, deverão ser formalizados por escrito dentro de, no máximo, 48 horas após a eleição e encaminhados, em primeira instância à Comissão Eleitoral, e por último, à instância superior COREN/ Local.

Parágrafo único – Quando se tratar de candidato indicado ou voluntário, encaminhar por escrito ao COREN/ Local.

Art. 18º. Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo COREN/ Local.

CAPÍTULO VI
DO FUNCIONAMENTO

Art. 19º. A CEE eleita deverá estabelecer cronograma de reunião mensal ordinariamente e reunir-se de forma extraordinária quando necessário.

Art. 20º. Os atos da CEE relativos à sindicância ou fiscalização deverão ser sigilosos.

Art. 21º. As deliberações da CEE serão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o “voto minerva” em caso de empate.

Art. 22º. A sindicância deverá ser instauradas mediante:

I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II. Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

III. Deliberação da própria CEE;

IV. Determinação do COREN/ Local.

Art.23º. Aberta sindicância, a CEE informará o fato aos envolvidos, procedendo à convocação, se for o caso para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de 07 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Parágrafo único – O profissional de enfermagem que não atender às convocações ou solicitações da CEE deverá ser encaminhado para análise do COREN/ Local.

Art.24º Todos os documentos relacionados com os fatos, as quais sejam cópias dos prontuários, livros de registros administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo único – O acesso à esses documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEE, preservando assim o sigilo.

Art. 25º. O presidente da CEE nomeará um membro sindicante para realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 26º. Concluído a coleta de informações, a CEE deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, sem emitir juízo.

Parágrafo único – Caso necessário, a CEE poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art.27º. Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao COREN/ Local, para tramitação competente.

Art. 28º. Quando o fato for de menor gravidade e que não tenham acarretado danos à terceiros, sem infringir o Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre

as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatórios para o COREN/ Local através da página disponibilizada na web.

§ 1º Ocorrendo a conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2 º Não ocorrendo a conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art.29º. Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEE, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.30º. Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEE, esses serão substituídos pelos suplentes, de acordo com o número de votos comunicando-se o fato ao COREN/ Local.

Art.31º. A ausência não justificada a mais de 03 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente.

Art.32º. Havendo necessidade da presença de profissionais de outras áreas os mesmos poderão participar dos trabalhos de sindicância na qualidade de convidados, comunicando-se o fato ao COREN/ Local.

CAPÍTULO XI
DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 38º O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura do Responsável Técnico Enfermagem e Diretor Geral, homologado e aprovado pelo Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 39º Os casos omissos neste Regimento serão tratados pela Diretoria do XXXXXXXXXXXXXXX ou Conselho Regional de Enfermagem.

APROVAÇÃO

_____

Data: _____/_____/_____

Gestor da Unidade

_____

Data: _____/_____/_____

Responsável Técnico de Enfermagem

HOMOLOGAÇÃO

Homologado pelo Conselho Regional de Enfermagem em XX.XX.XXXX (Cidade e Estado), conforme lista de assinaturas anexa na Ata da 1ª. Assembleia Geral.

Aprovado pelo Conselho Regional de Enfermagem de XXXX.

Cidade, _____/_____/_____.

_____

Dr(a).

_____

Dr(a).

_____

Dr(a).

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO CEE				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Avaliação da Viabilidade e Demanda	Verificação da necessidade e possibilidade de criação da Comissão conforme Resolução COFEN 593/2018	Gestão de Enfermagem /Gestão Geral	60 dias	Parecer técnico favorável à implantação
Contato com o COREN-SE	Comunicação oficial ao COREN/SE solicitando a abertura do processo de implantação da CEE	Gestão de Enfermagem /Gestão Geral	60 dias	Protocolo de solicitação junto ao COREN
Orientações e apoio do COREN	Participação em reunião/orientação com o COREN/ Local sobre critérios, prazos e etapas do processo	Gestão de Enfermagem /Gestão Geral	75 dias	Ata de reunião e orientações recebidas
Publicação do Edital Interno	Divulgação do edital de convocação para inscrição de candidatos à comissão	Gestão de Enfermagem /Gestão Geral	75 dias	Edital divulgado internamente
Recebimento das Inscrições	Recebimento e análise das candidaturas dos profissionais de enfermagem da unidade	Comissão Eleitoral Interna	90 dias	Lista oficial de candidatos elegíveis
Processo Eleitoral	Votação por sufrágio direto entre os profissionais de enfermagem da unidade	Comissão Eleitoral Interna	105 dias	Resultado da eleição apurado
Homologação pelo COREN-SE	Envio da documentação e homologação dos membros eleitos pelo Conselho	Gestão de Enfermagem /Gestão Geral/ Comissão Eleita	120 dias	Portaria do COREN com nomeação dos membros
Elaboração do Regimento Interno da CEE	Construção e aprovação do regimento conforme modelo do COREN	Comissão Eleita + Direção Técnica	120 dias	Regimento assinado e arquivado
Reunião de Posse e Planejamento	Realização da primeira reunião oficial e elaboração do plano de ação anual	Comissão de Ética de Enfermagem	120 dias	Ata da reunião de posse + Plano de ação da CEE
Início das Atividades da Comissão	Início efetivo das ações educativas, consultivas e de orientação ética	Comissão de Ética de Enfermagem	120 dias	Atuação oficial da comissão iniciada

3.1.5 Comissão Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS)

A Lei Federal nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997, instituiu a obrigatoriedade da criação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e da implantação de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) em todas as instituições de saúde do país. O objetivo principal dessa legislação é garantir que sejam implementadas ações sistemáticas e contínuas de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), promovendo a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada.

Complementando essa norma, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, que estabelece diretrizes técnicas e operacionais para a organização e funcionamento da CCIH, bem como os componentes essenciais do PCIH. Essa portaria permanece como referência normativa para a estruturação de programas eficazes, sendo constantemente interpretada em conjunto com atualizações da Anvisa, especialmente no que se refere às práticas de segurança e vigilância sanitária.

Embora o termo "hospitalar" esteja presente nas normas originais, os princípios e obrigações de prevenção de infecções também se aplicam às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h, conforme orientação da Anvisa e da RDC nº 11/2012 (e atualizações), que dispõe sobre o funcionamento de serviços de saúde com internação e atendimento de urgência. Nesse contexto, a Comissão de Controle de Infecção em serviços extra-hospitalares pode ser denominada Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), adaptando-se à natureza e porte da unidade, mas com igual responsabilidade legal e técnica.

Na UPA 24h, a CCIRAS desempenha papel estratégico, considerando o alto fluxo de pacientes, a rotatividade da equipe, a presença de atendimentos invasivos (medicação endovenosa, cateterismo, suturas, etc.) e a existência de leitos de observação, o que demanda vigilância constante sobre os riscos de contaminação e disseminação de microrganismos.

Atribuições

- Propor diretrizes e estratégias de atuação em assuntos relacionados ao controle de infecção da unidade de saúde, visando a integração entre as diversas áreas do hospital e o engajamento de todos os profissionais no processo de prevenção e controle de infecções.
- Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Relacionadas Assistência de Saúde (PCIRAS), bem como o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas da unidade de saúde. Isso inclui a análise contínua dos dados coletados, a identificação de padrões epidemiológicos e a implementação de ações corretivas quando necessário.
- Estimular e promover o desenvolvimento de pesquisas científicas no hospital que contribuam direta ou indiretamente para o controle das infecções hospitalares.
- Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar estratégias de prevenção e controle das infecções da unidade de saúde. Isso envolve o desenvolvimento e a revisão periódica de protocolos e normativas internas para garantir que todos os setores da unidade de saúde cumpram rigorosamente as medidas de prevenção recomendadas.
- Planejar e implementar cursos de atualização contínua sobre o controle de infecções da unidade de saúde, com foco na capacitação de toda a equipe multiprofissional.
- Padronizar, treinar e supervisionar técnicas e procedimentos relacionados à prevenção e controle das infecções da unidade de saúde, assegurando que todas as áreas do hospital sigam as normas universais de prevenção. Isso inclui o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), protocolos de higienização, normas de esterilização e o gerenciamento adequado de resíduos da unidade de saúde.
- Realizar a auditoria periódica e o monitoramento das práticas de controle de infecções, implementando auditorias internas para verificar o cumprimento dos protocolos de controle de infecção e avaliar a eficácia das ações implementadas.

- Analisar dados epidemiológicos e elaborar relatórios de desempenho sobre os índices de infecção da unidade de saúde, monitorando as taxas de infecção em diferentes setores e apresentando resultados à gestão da unidade de saúde.
- Participar ativamente de comissões interinstitucionais e colaborar com outros órgãos de saúde pública, contribuindo com a disseminação de boas práticas de controle de infecções da unidade de saúde e o desenvolvimento de novas diretrizes para o setor.
- Assegurar o cumprimento da legislação vigente relacionada à vigilância e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, mantendo a unidade de saúde em conformidade com as normas do Ministério da Saúde e as exigências do Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos, reuniões e metas da CCIRAS.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Médico	1	Profissional Medico designado pelo Diretor Técnico da Instituição.
Representante da SCIRAS	1	Profissional Enfermeiro, que atua no SCIRAS (SCIH) da Instituição.
Farmacêutico	1	Profissional Farmaceutico no Serviço de Farmácia preferêncialmente o farmacêutico RT da Instituição.
Administrativo	1	Profissional Gestor de Facilitis, que atua na Instituição.
Administrativo	1	Profissional com atuação em área Administrativa, que represente a Direção da Instituição.

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Implementar, coordenar, monitorar e avaliar ações voltadas à melhoria contínua da qualidade assistencial e à segurança do paciente
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Periodicidade das Reuniões	Mensal, com data a ser definida e fixada no cronograma anual da Comissão e ou extraordinária sempre que necessário
Fonte de Auditoria	Auditorias e validação da efetividade dos documentos implementados (Protocolos/ POPs, etc.); Monitoramento dos Indicadores, planos de ação, ciclos de melhoria.
Meta Inicial	Comissão implantada em até 03 meses , após inicio da gestão.
Meta Permanente	Reunião mensal e ou extraordinária com identificação e analise críticas dos casos e indicadores, monitoramento das ações e soluções propostas.

O funcionamento da CCIRAS ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO INTERNO CCIRAS

CAPITULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (Hospitalar) da XXXXXXXXXXX, tem seus atos norteados pelos princípios Portaria Nº. 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde, pelo humanismo, Código de Ética.

Art. 2º - Esta Comissão visa coordenar as atividades de investigação, prevenção e controle, objetivando reduzir a incidência e a gravidade das infecções da unidade de saúde às menores taxas possíveis, sendo que, deve-se entender por infecção relacionada à assistência à saúde, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente/ cliente na XXXXXXXX e que se manifeste durante a permanência na unidade de saúde ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a assistência prestada.

Art. 3º - Desempenhar um papel de extrema relevância junto à Unidade de Saúde, uma vez que, as infecções constituem risco significativo à saúde dos pacientes, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência na unidade de saúde, de vigilância sanitária entre outras.

CAPITULO II - DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 4° - Esta Comissão está diretamente ligada à XXXXXXXXXXX da Unidade, tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta XXXXXXX Unidade.

CAPITULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - São atribuições da Comissão de Controle de Infecção Relacionadas Assistência de Saúde (Hospitalar).

I. Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção, adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:

II. Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções.

a) Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção de controle das infecções.

b) Capacitação dos profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções na unidade de saúde.

c) Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

III. Avaliar periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros da Comissão.

IV. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle.

V. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Instituição e aos responsáveis de todos os setores da Unidade, a situação do controle das infecções, promovendo seu amplo debate na comunidade.

VI. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico- operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções relacionadas à assistência à saúde em curso na Unidades, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

VII. Definir, em cooperação com o Setor de Farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico hospitalares para a Instituição.

VIII. Cooperar com a ação do órgão de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

IX. Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do sistema público de saúde, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

X. Assessorar tecnicamente ao SESMT.

CAPITULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 6º - A composição mínima da comissão será composta atendendo a Legislação (Portaria nº 2616/1998) deverá ser constituída com membros:

a) Executores: que compõem o Serviço de Prevenção e Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS), atuando diretamente na prevenção e controle de infecção na instituição, sendo preferencialmente Enfermeiro e Profissional de Nível Superior (preferencialmente médico).

b) Consultores consistem em representantes dos setores de apoio ao SCIRAS (SCIH), através de consultoria técnico-científica e administrativa. Farmacêutico, Microbiologista, Gestor da Enfermagem, Gestor Médico e Administrativo.

c) E profissionais da equipe multiprofissional e ou Gestores em que a Instituição considere importante.

d) Será composta por Presidente; Vice-presidente; Secretária e Membros Ordinários.

CAPITULO V - DOS PRESSUPOSTOS, CRITÉRIOS E FLUXO DE TRABALHO

Art. 7º - Os membros da Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Art. 8º - A eleição desta comissão se deu por voto em reunião de nomeação e tem vigência indeterminada a contar desta data.

Art. 9º - A ausência não justificada em 03 reuniões seguidas serão passivas de medidas administrativas, a definir pela Comissão.

Art. 10º - Cabe aos membros da Comissão de Controle Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) a avaliação das ocorrências das infecções, bem como elaboração relatórios que apontem falhas e oportunidades de melhorias nos processos, visando redução de IRAS e suas consequências.

Art. 11º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Parágrafo único: Caberá mensalmente o envio de informações e indicadores operacionais para a avaliação na Comissão.

CAPITULO VI - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 12º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) será composta por Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Membros Ordinários, com as seguintes atribuições:

As atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Representar a CCIRAS dentro da Unidade, inclusive na Diretoria.

II. Ser elo de ligação entre a CCIRAS e a administração.

III. Aprovar e monitorar o Programa de Controle de Infecção da Unidade de acordo com os padrões determinados pela Portaria Nº 2616 de 12.05.1998, bem como monitorar as ações através de apresentação nas reuniões mensalmente.

IV. Estabelecer, junto com o SCIRAS sistema operacional prático para as notificações e avaliações das infecções da unidade de saúde.

V. Convocar reuniões mensais ordinárias e/ou extraordinárias quando necessário.

VI. Incentivar pesquisas na área de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

VII. Solicitar à Administração, quando necessário, recursos para implementação dos programas propostos pelo SCIRAS.

VIII. Analisar e direcionar conduta dos indicadores de infecção da Unidade.

IX. Enviar à Administração, relatórios mensais de atividades da CCIRAS.

X. Cumprir e fazer cumprir o Regimento da CCIRAS.

Ao Vice-Presidente, atribuem-se:

I. Substituir o Presidente, quando do impedimento deste ou quando delegado.

Ao Microbiologista, atribuem-se

I. Informar em sistema on-line, em tempo real ao SCIRAS sobre a presença de microrganismos incomuns ou perigosos a unidade de saúde.

II. Realizar exames sorológicos, bacteriológicos e parasitológicos da Unidade.

III. Realizar culturas em locais mais propícios a infecções.

IV. Pesquisar sobre e atualizar os modelos de sensibilidade a antibióticos.

V. Realizar o controle de qualidade dos exames.

VI. Identificar todos os materiais tidos como contaminados.

VII. Dar apoio e participar da investigação epidemiológica e treinamento de pessoal.

VIII. Elo de ligação entre Laboratório e Corpo Clínico da Unidade.

IX. Estabelecer normas para coleta, transporte e manuseio de amostras para cultura.

X. Padronizar critérios de aceitação e/ou rejeição de pedidos médicos para realização de cultura.

XI. Padronizar, juntamente com o SCIRAS, os antibiogramas realizados, adequando-os às circunstâncias clínicas.

XII. Implementar novos avanços no diagnóstico microbiológico, através da participação nos programas de controle de qualidade da Sociedade Brasileira de Microbiologia, de acordo com o Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, do Ministério da Saúde e ou bibliografias atuais vigentes.

XIII. Participar das reuniões da CCIRAS.

XIV. Emitir relatório trimestral e anual do perfil epidemiológico das culturas realizadas.

Ao Enfermeiro membro da SCIRAS, atribuem-se:

I. Ser membro executor do Serviço de Controle de Infecção Relacionados à Assistência à Saúde da Unidade.

II. Elaborar em conjunto com os membros da SCIRAS e Programa de Controle de Infecção Relacionados à Assistência à Saúde.

III. Realizar a vigilância epidemiológica sistemática, busca ativa através de:

a. Visitas regulares às unidades de internação.

b. Revisão diária dos prontuários (Verificação das anotações de enfermagem, pesquisando indícios de hiperemia, uso de antibióticos, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em pacientes com probabilidade de adquirir infecção da unidade de saúde).

c. Analise das culturas de vigilância e clinicas e outros exames complementares.

IV. Realizar campanhas educativas em prevenção e controle de IRAS.

V. Realizar supervisão técnica em todos os setores ligados à infecção da unidade de saúde: CME, SND, Lavanderia e Limpeza.

VI. Realizar reciclagens de técnicas e procedimentos.

VII. Orientação e gerenciamento técnico para isolamentos e/ou precauções.

VIII. Participar de reuniões da CCIRAS.

IX. Atuar na orientação, treinamento, e supervisão dos atos de enfermagem de acordo com a CCIRAS.

X. Codificação dos dados obtidos na busca ativa.

XI. Realizar visitas diárias aos setores orientando quanto aos procedimentos de risco em infecção.

XII. Estabelecer metodologia própria, visando o controle de pacientes que retornem à Unidade.

XIII. Orientar e emitir laudos técnicos, quando da aquisição de materiais e equipamentos de uso de enfermagem.

XIV. Ser elo de ligação entre o serviço de enfermagem e a CCIRAS.

XV. Orientar na execução adequada de processamento de materiais.

XVI. Elaborar relatório mensal de atividades.

XVII. Interagir com a farmácia da unidade, quanto a treinamentos, controle de qualidade dos medicamentos e materiais e/ou outros.

Ao Farmacêutico, atribuem-se:

I. Elaborar o levantamento do consumo mensal de antibióticos, de acordo com a Portaria 2.616 de 12 de Maio de 1998, do Ministério da Saúde.

II. Cooperar e participar nas normas de padronização do uso de antimicrobianos aprovados no estudo de sensibilidade bacteriana.

III. Controlar e fiscalizar o armazenamento e distribuição de medicações da unidade de saúde.

IV. Notificar periodicamente, o custo das drogas de maior consumo na Unidade, bem como de suas alternativas similares.

V. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa sobre estabilidade das soluções, toxicidade dos produtos químicos, espectro de ação antimicrobiana, interação entre medicamentos, produtos químicos e correlatos, entre outras.

VI. Manter registro de informações para subsidiar programas de farmacovigilância.

VII. Avaliar as interações medicamentosas, drogas nutrientes e outros.

VIII. Elaborar e supervisionar rotinas específicas para manipulação de drogas e soluções, no laboratório da farmácia, assim como quanto à embalagem e estocagem destes produtos.

IX. Informar ao SCIRAS o uso inadequado de qualquer produto que vise o controle profilático ou terapêutico da infecção da unidade de saúde.

X. Participar da educação continuada.

XI. Colaborar e participar das avaliações microbiológicas dos produtos usados pela unidade.

XII. Emitir parecer técnico/científico sobre todos os produtos químicos, esterilizantes, desinfetantes, degermantes, antissépticos e ceras usadas na limpeza comum, na desinfecção e assepsias.

Ao Médico, atribuem-se:

I. Interagir com o Corpo Clínico, no sentido de fazer cumprir as determinações da CCIRAS e SCIRAS.

II. Promover treinamento para o corpo clinico, na área de sua competência.

III. Avaliar e sugerir, as prescrições médicas no que se refere ao uso de antibióticos, considerando seu tempo de ação e coeficiente sensibilidade/resistência.

IV. Realizar a vigilância epidemiológica sistemática, busca ativa através de:

a. Visitas regulares às unidades de internação.

b. Revisão dos prontuários (Evolução Clinica, uso de antibióticos, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em pacientes/ clientes com probabilidade de adquirir infecção da unidade de saúde.

c. Analise das culturas de vigilância e outros exames complementares.

V. Avaliar e determinar a necessidade de isolamento e/ou precauções universais.

VI. Orientar quanto à realização e necessidade de culturas microbiológicas.

VII. Participar das atividades de treinamento, de maneira generalizada.

VIII. Representar a CCIRAS, quando for determinado.

IX. Elaborar relatórios mensais de atividades do SCIRAS, incluindo os índices de infecção detectados, por clínica, topografia, geral e outros.

X. Participar das reuniões da CCIRAS.

Ao Administrativo, atribuem-se:

I. Prever e prover local apropriado para o funcionamento da CCIRAS e do SCIRAS.

II. Intermediar junto à administração superior das necessidades financeiras dos Programas de Controle de Infecções da Unidade.

III. Estabelecer normas para os visitantes.

IV. Participar ativamente das campanhas educativas promovidas pela CCIRAS e do SCIRAS.

V. Assegurar a participação dos vários serviços da unidade de saúde na CCIH.

VI. Participar das reuniões da CCIRAS.

VII. Assegurar ligação contínua com as autoridades de saúde e com outros órgãos relacionados ao controle de infecções da unidade de saúde.

VIII. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliam no bom desempenho da CCIRAS e do SCIRAS.

IX. Propiciar recursos humanos e materiais para a implantação dos programas de controle de infecções da Unidade.

X. Apoiar e divulgar os boletins epidemiológicos elaborados pelo SCIRAS.

XI. Publicar, divulgar e implementar o Regimento da CCIRAS e do SCIRAS, visando a orientação e conhecimento de toda a comunidade da Unidade.

XII. Divulgar amplamente para toda unidade a Campanha da Lavagem das Mãos.

XIII. Avaliar, constantemente, a atuação da CCIRAS e do SCIRAS.

XIV. Promover debates, no âmbito da unidade de saúde sobre o Controle de Infecções.

XV. Facilitar pesquisas e a participação dos membros da CCIRAS em congressos, cursos orientados para profilaxia, controle e combate às infecções da unidade de saúde.

XVI. Prever serviços e instalações adequadas para as atividades relacionadas à microbiologia.

XVII. Desempenhar tarefas afins.

Ao Secretário da CCIRAS, atribuem-se:

I. Manter os arquivos e fichários em ordem e atualizados.

II. Preparar os materiais necessários para as reuniões;

III. Por determinação do Presidente da CCIRAS, convocar reuniões ordinárias e extraordinárias.

IV. Redigir as atas das reuniões da CCIRAS, em livros próprios.

V. Monitorar os planos de ação da CCIRAS.

VI. Expedir as correspondências da CCIRAS e do SCIRAS.

VII. Atender as determinações do Presidente da CCIRAS.

VIII. Protocolar correspondência recebida e enviada.

IX. Manter e afixar nos locais destinados os boletins mensais da CCIRAS.

X. Manter atualizados os registros de dados para fins estatísticos.

Aos membros ordinários, atribuem-se:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente.

II. Comparecer às reuniões, relatando expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão.

III. Requerer votação de matéria, em regime de urgência.

IV. Desempenhar outras atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente.

V. Apresentar proposições sobre assuntos ligados a prevenção e controle de IRAS.

VI. Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão.

VII. Realizar as diligências para elucidação de estudos em andamento.

CAPITULO VII - DO FUNCIONAMENTO

Art. 13º – A Comissão se reunirá mensalmente com data definida mensalmente e extraordinariamente sempre que necessário.

Art. 14º – Cada membro terá direito a um voto e os convidados não terão direito ao voto.

Art. 15º – Nas situações em que os membros da Comissão Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 16º - As reuniões deverão ser registradas em ata, assinadas e arquivadas pelo serviço de Comissões.

Parágrafo único - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

CAPITULO VIII - DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 17º - O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

I. Índice de cumprimento de Metas do Programa de Controle de Infecção Relacionados à Assistência à Saúde;

II. Índice de Notificações Vigilância epidemiológica;

III. Taxa de Infecção da unidade;

IV. Taxa de Infecção Institucional;

V. Controle de utilização de antibióticos.

CAPITULO IX - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com a Gestão Administrativa da Unidade.

Art. 19º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações.

Art. 24º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão aprovou este Regimento na data de ____/____/____, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de avaliar e revisar os índices de infecção da unidade e qualidade da assistência prestada aos pacientes/ clientes.

_____

Presidente da Comissão

_____

Vice-Presidente da Comissão

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO CCIRAS				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Diagnóstico Situacional	Levantamento do cenário atual: existência de protocolos, indicadores de IRAS, estrutura física e recursos humanos	DiretoriaTécnica Médica / Gestão Assistencial	30 dias	Relatório situacional da UPA
Definição da Estrutura e Composição da CCIRAS	Identificação e designação de profissionais para compor a comissão conforme perfil técnico	DiretoriaTécnica Médica / Gestão Assistencial	45 dias	Nome dos membros indicados
Elaboração do Ato de Nomeação	Formalização da comissão por meio de nomeação interna da Gestão Geral da UPA	Gestão Geral	60 dias	Portaria publicada
Elaboração do Regimento Interno	Construção do regimento da CCIRAS conforme legislação vigente (RDC 11/2023 e Portaria 2.616/98)	Membros designados + Apoio Jurídico	90 dias	Regimento validado e assinado
Capacitação Inicial dos Membros	Treinamento sobre vigilância, prevenção e controle de IRAS, e notificações no e-SUS/Notivisa	Coordenação de Qualidade / Educação Permanente	90 dias	Todos os membros capacitados
Definição do Plano de Ação e Fluxos de Trabalho	Criação de plano anual de ações com metas, indicadores e fluxos de notificação e investigação	CCIRAS/ NQSP	90 dias	Plano de ação estruturado
Reunião Oficial da CCIRAS	Reunião de instalação e aprovação do cronograma de reuniões periódicas	CCIRAS + Direção Técnica	90 dias	Ata da primeira reunião realizada
Implantação de Protocolos de Prevenção	Avaliação, padronização e implantação de protocolos de higiene das mãos, precauções padrão, antimicrobianos etc.	CCIRAS + Coordenação de Enfermagem e Farmácia	120 dias	Protocolos validados e divulgados
Início da Vigilância Epidemiológica das IRAS	Monitoramento de eventos adversos, notificação e investigação de casos	CCIRAS / Núcleo de Vigilância Epidemiológica	90 dias	Vigilância ativa iniciada
Avaliação e Acompanhamento Contínuo	Monitoramento dos indicadores de IRAS, auditorias e planos de melhoria contínua	CCIRAS	Mensal	Relatórios e reuniões mensais efetivas

Em Anexo 02 – Modelo de Manual de Prevenção de Infecção a ser adequado de acordo com a necessidade.

3.1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) é um instrumento fundamental na promoção da saúde, segurança e integridade física e mental dos trabalhadores. No contexto de uma Unidade de Pronto Atendimento, que opera com alta complexidade assistencial e exposição permanente a riscos biológicos, químicos, físicos e psicossociais, sua atuação se torna ainda mais essencial.

Constituída de forma paritária, com representantes eleitos pelos trabalhadores e indicados pela gestão, a CIPA tem como finalidade principal identificar situações de risco, propor melhorias nas condições de trabalho e promover ações educativas voltadas à prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. Seu papel é estratégico para a construção de uma cultura institucional voltada à valorização da vida, à humanização das relações laborais e à qualidade dos serviços prestados.

A constituição e o funcionamento da CIPA são regulamentados pela Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5), atualizada pela Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022, conforme a Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, e a Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Essas normas estabelecem as diretrizes para a atuação da comissão, desde seu processo eleitoral até suas atribuições e responsabilidades.

Complementando esse arcabouço legal, foi publicada em 2024 a nova Norma Regulamentadora nº 38 (NR-38) – Saúde Mental no Trabalho, que entrou em vigor em janeiro de 2025 por meio da Portaria MTE nº 3.753/2024. Esta norma estabelece diretrizes obrigatórias para a promoção, prevenção e cuidado à saúde mental dos trabalhadores, reconhecendo os riscos psicossociais como determinantes das condições de trabalho. A NR-38 orienta que instituições como a UPA desenvolvam ações sistemáticas de escuta, acolhimento, suporte emocional e ambientes saudáveis, reforçando o compromisso da CIPA com o bem-estar integral dos profissionais.

Além disso, outras normas também subsidiam e ampliam o escopo da CIPA, como a NR-32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde), a Portaria GM/MS nº 3.390/2013, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da

Trabalhadora no SUS, e a Resolução CFM nº 2.271/2020, que reforça medidas de cuidado com a saúde emocional dos profissionais da saúde.

Na UPA, a CIPA deve atuar em articulação com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), a Comissão de Ética e os setores de Recursos Humanos e Gestão de Pessoas. Suas atribuições incluem o mapeamento e controle de riscos em ambientes críticos (salas de emergência, observação, farmácia, laboratório, raio-X), a análise e prevenção de acidentes de trabalho, a promoção de campanhas educativas (como a SIPAT), o monitoramento do uso de EPIs e EPCs, e o desenvolvimento de ações voltadas ao suporte emocional dos trabalhadores, conforme orientações da NR-38.

Nas unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS), cabe à entidade assegurar a constituição regular da CIPA, garantir meios técnicos, logísticos e operacionais para seu funcionamento, respeitar sua autonomia e incorporar suas recomendações nos planos de gestão institucional. A OSS também deve assegurar a execução das diretrizes da NR-38, promovendo ações de saúde mental, escuta ativa, suporte psicológico e encaminhamento à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) quando necessário.

A presença de uma CIPA atuante na UPA contribui significativamente para a prevenção de riscos ocupacionais, a redução de afastamentos, o fortalecimento das práticas seguras e a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis. Sua atuação integrada às demais comissões e estruturas organizacionais garante o cumprimento das exigências legais e fortalece o compromisso com a saúde e a segurança dos profissionais que atuam na linha de frente do cuidado.

Atribuições

- Identificação e mapeamento de riscos, identificando os riscos presentes no ambiente de trabalho, criando e atualizando periodicamente o mapa de riscos, com a participação ativa de todos os trabalhadores.
- Elaboração do plano de trabalho preventivo desenvolvendo plano de trabalho que com ações preventivas para eliminar ou reduzir os riscos de acidentes e doenças ocupacionais.

- Implementação e controle das medidas de prevenção, garantindo que as ações preventivas estejam sendo eficazes, através de controle constante da qualidade dessas medidas visando assegurar um ambiente de trabalho seguro.
- Verificação periódica das condições de trabalho, através de inspeções regulares nos ambientes de trabalho para detectar potenciais riscos, na promoção para que os ambientes continuem seguro e em conformidade com as normas regulamentadoras.
- Avaliação e discussão das metas de segurança, propondo ajustes ou novas soluções. A revisão constante das metas permite que a CIPA se adapte a novas necessidades ou desafios emergentes no ambiente de trabalho.
- Divulgação de informações sobre segurança e saúde, disseminar informações sobre segurança no trabalho, garantindo que todos os profissionais estejam cientes dos riscos e das medidas de proteção.
- Promoção do cumprimento das normas regulamentadoras, monitorar o cumprimento das Normas Regulamentadoras (NRs), bem como outras regulamentações internas.
- Promoção e participação de campanhas de prevenção de doenças e acidentes de trabalho, conscientizando sobre a importância da prevenção e a adoção de boas práticas de saúde.
- Promover e assegurar o uso de equipamentos de proteção, equipamentos de proteção individual (EPIs) e coletiva (EPCs) estejam de acordo com as normas técnicas exigidas, garantindo a segurança dos trabalhadores em suas atividades diárias.

Composição da CIPA

A composição da CIPA é determinada com base no número de empregados da instituição, conforme as exigências da Norma Regulamentadora NR 5. A comissão será composta por:

- Representantes do empregador, que são indicados pela direção da instituição;
- Representantes dos empregados, que são eleitos por voto secreto, em uma votação por lista nominal, com a proibição da formação de chapas.

O número de membros varia conforme o porte da empresa, e a composição deve ser paritária, ou seja, ter representantes em igual número do empregador e dos empregados. Isso garante uma atuação equilibrada e a efetividade nas ações de segurança.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos, reuniões e metas da CIPA.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Profissionais eleitos pelos profissionais	2	Membros Titulares
Profissionais eleitos pelos profissionais	2	Membros Suplentes
Profissionais indicados pelo Empregador	2	Membros Titulares
Profissionais indicados pelo Empregador	2	Membros Suplentes
**Nota: Número de membros varia conforme o porte da empresa*		

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Atuar ativamente na identificação de riscos, realizando inspeções regulares para detectar condições perigosas ou insalubres, elaboração e atualização do mapa de riscos, desnvolver medidas de controle.
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Periodicidade das Reuniões	Mensal, com data a ser definida e fixada no cronograma anual da Comissão e ou extraordinária sempre que necessário
Fonte de Auditoria	Normas regulamentadoras, inspeções e elaboração de relatórios de segurança, monitoramento dos acidentes de trabalho e avaliação dos riscos.
Meta Inicial	Comissão implantada em até 04 meses devido ao processo eleitoral) , após inicio da gestão.
Meta Permanente	Reunião mensal e ou extraordinária, com identificação, apresentação de indicadores e analise críticas dos riscos, ações e soluções propostas.

O funcionamento da CIPA ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO INTERNO CIPA

CAPITULO I - DO OBJETIVO

Art. 1º A comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de medo a tomar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPITULO II - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2º A CIPA terá por atribuição:

I. Identificar os riscos de processo de trabalho, elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMET, onde houver;

II. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III. Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV. Realizar periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificações de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V. Realizar cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de riscos que foram identificadas;

VI. Divulgar aos trabalhadores informações relativas á segurança e saúde no trabalho;

VII. Participar, com o SESMET, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados á segurança e saúde dos trabalhadores.

VIII. Requerer ao SESMET, onde houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente a segurança e saúde dos trabalhadores;

IX. Colaborar com o desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X. Divulgar e promover o cumprimento das normas regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI. Participar, em conjunto com SESMET, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor mediadas de solução dos problemas identificados;

XII. Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questão que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII. Requisitar à empresa as cópias das CATs emitidas;

XIV. Promover, anualmente, em conjunto com o SESMET, onde houver, a semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

XV. Participar, anualmente, em conjunto a com a empresa, de campanhas de prevenção da AIDS.

Parágrafo único: Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 3º Cabe aos empregados:

I. Participar da eleição de seus representantes;

II. Colaborador com a gestão da CIPA;

III. Indicar a CIPA, ao SESMET e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes ao trabalho.

Art. 4º Cabe ao presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMET, quando houver, as decisões da comissão;

III. Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

IV. Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

V. Delegar atribuições ao Vice – Presidente;

Art. 5º Cabe ao Vice – Presidente:

I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. Subtrair o presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

Art. 6º O Presidente e o Vice Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;

IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMET, quando houver;

V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

VII. Construir a comissão eleitoral.

Art. 7º O secretário da CIPA terá por atribuição;

I. Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II. Preparar as correspondências;

III. Outras que lhe foram conferidas.

CAPITULO III - DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 9º As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação. Será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

O pedido de reconsideração será apresentado para a CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice – Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 10º A vacância definitiva de cargo, ocorrido durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos serem registrados em ata de reunião.

No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis preferencialmente entre os membros da CIPA.

No caso de afastamento definitivo do Vice – Presidente, os membros titulares da representação dos empregados escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art. 11º Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com os mandatos dos membros da comissão.

O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPITULO IV - DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 12º - O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

I. Índice de acidente de trabalho/ mês;
II. Índice de capacitação em acidentes trabalho/ mês;
III. Taxa de profissional com vacinação atualizada/ mês.

CAPITULO IV - DAS CONSIDERAÇÕES GERAIS

Art. 13º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com a XXXXXXXX da Unidade.

Art. 14º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações.

Art. 15º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão aprovou este Regimento na data de ____/____/____, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de avaliar e revisar regras e condutas em segurança do trabalho da Instituição.

_____

Presidente da Comissão

_____

Vice-Presidente da Comissão

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO CIPA				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Diagnóstico de Riscos e Dimensionamento da CIPA	Levantamento de riscos ocupacionais e definição do número de membros conforme Quadro I da NR-5	SESMT / RH	60 dias	Relatório com dimensionamento da CIPA
Elaboração do Cronograma Eleitoral	Definição do calendário para inscrição, eleição e posse dos membros da CIPA	SESMT / RH	60 dias	Cronograma eleitoral interno publicado
Divulgação do Edital de Convocação	Publicação do edital para inscrição dos candidatos e regras da eleição	SESMET/ RH / Gestão Geral	75 dias	Edital afixado em locais visíveis da UPA
Inscrição de Candidaturas	Período de inscrição voluntária dos trabalhadores interessados	SESMT/ RH	90 dias	Lista oficial de candidatos habilitados
Organização e Realização da Eleição	Execução do processo de votação pelos empregados, com voto secreto e direto	Comissão Eleitoral Interna	105 dias	Ata da eleição e apuração dos votos
Nomeação e Posse dos Membros Eleitos e Designados	Nomeação dos representantes eleitos e dos indicados pela direção da UPA	Gestão Geral	120 dias	Portaria de nomeação e ata de posse
Capacitação dos Integrantes da CIPA	Treinamento obrigatório conforme conteúdo programático da NR-5 (mínimo de 20h)	SESMT	120 dias	Certificados de capacitação emitidos
Elaboração do Plano de Trabalho Anual da CIPA	Definição das metas e ações preventivas da comissão	CIPA/ SESMT	120 dias	Plano de ação com cronograma anual
Reunião Ordinária da CIPA	Início oficial das atividades com ata registrada e cronograma mensal de reuniões	CIPA	120 dias	Ata da primeira reunião registrada
Execução e Monitoramento das Ações	Implementação das ações de prevenção, campanhas, SIPAT, inspeções e melhorias	CIPA / SESMT	Mensal	Relatórios mensais e ações executadas

3.1.7 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) em serviços de saúde tem como objetivo garantir a saúde, a integridade física e o bem-estar dos trabalhadores, prevenindo acidentes e doenças ocupacionais no ambiente da unidade de saúde. O SESMT é composto por profissionais especializados, como médicos do trabalho, engenheiros de segurança, enfermeiros do trabalho, técnicos de segurança, entre outros, que atuam na identificação de riscos, na implementação de medidas preventivas e corretivas, e na promoção de programas de saúde ocupacional. No contexto a área de saúde, suas atividades incluem a análise das condições de trabalho, a realização de treinamentos e orientações sobre segurança, a vigilância da saúde dos trabalhadores e a adequação das normas

regulamentadoras, visando a criação de um ambiente seguro e saudável para os profissionais de saúde.

Na Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) é estruturado para atender às exigências legais e garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores no ambiente da unidade de saúde. A composição do SESMT segue as diretrizes estabelecidas pela Norma Regulamentadora NR 4, levando em consideração o número de empregados da instituição e o grau de risco das atividades realizadas. A estrutura do SESMT tem como principal objetivo promover um ambiente de trabalho seguro e saudável, minimizando riscos ocupacionais e promovendo a saúde dos profissionais.

A composição do SESMT segue as normas da NR 4, que determina o número de profissionais com base no porte, dimensionamento de profissionais e nas atividades da instituição. Especificamente estabelece em seu dimensionamento a presença de Técnico de Segurança do Trabalho, os quais são contratados para realizar as atividades pertinentes à segurança ocupacional do trabalhador.

O serviço de Medicina do Trabalho, a ser desenvolvido será realizado através de prestador de serviço terceirizado. A atuação desses profissionais abrange a promoção de ações preventivas, avaliação admissional, demissional, periódicos, elaboração de laudos técnicos, além da análise e controle de riscos que possam afetar a saúde e segurança dos profissionais.

Essa estrutura é essencial para garantir que a Instituição esteja em conformidade com a legislação vigente, assegurando a proteção da integridade física e psicológica dos trabalhadores, e, ao mesmo tempo, promovendo a saúde ocupacional em um ambiente com alto grau de risco, como os serviços de saúde. A atuação integrada do SESMT também contribui para a educação continuada da equipe nas unidades de saúde e a implementação de melhorias constantes nas condições de trabalho.

Atribuições

Identificação e análise de riscos.

- Levantamento e a análise dos riscos ocupacionais, identificando as áreas com maior potencial de risco para acidentes e doenças ocupacionais.
- Elaboração mapas de risco e recomendar mudanças para mitigar esses riscos.

Implementação de Programas de Saúde Ocupacional

- Estabelecer e implementar programas de saúde ocupacional voltados para a prevenção de doenças e acidentes.
- Monitorar e registrar a saúde dos trabalhadores, realizando exames periódicos e controle de saúde ocupacional.
- Planejar e realizar treinamentos sobre segurança no trabalho, incluindo o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), normas de segurança e procedimentos de emergência.
- Promover e estabelecer as equipes da brigada de incêndios e a conscientização dos profissionais da organização principalmente em relação as situações de risco e emergências, como incêndios e acidentes com materiais biológicos ou químicos.
- Estabelecer e revisar políticas internas de segurança, com base nas normas regulamentadoras (NRs) e nos riscos específicos do ambiente da unidade de saúde.
- Estabelecer processos para o controle de infecções e prevenção de acidentes envolvendo materiais biológicos, como agulhas e seringas.
- Realizar inspeções regulares nas instalações, equipamentos e ambientes de trabalho para garantir que as normas de segurança e saúde sejam seguidas.
- Acompanhar e investigar acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, além de implementar ações corretivas e preventivas.
- Promover programas de ergonomia, saúde mental e bem-estar para os trabalhadores, especialmente considerando a pressão emocional e física no ambiente nas unidades de saúde.

O SESMT é um componente essencial nos serviços de saúde, atua de maneira preventiva e corretiva, visando um ambiente de trabalho mais seguro e saudável. O cumprimento das atribuições e a constante atualização das práticas são fundamentais

para garantir a saúde e o bem-estar dos profissionais de saúde, especialmente em um contexto de alta pressão e riscos inerentes à atividade da unidade de saúde.

Importante ressaltar que a partir de maio de 2025 ocorreu alteração NR-1, a qual devemos nos atentar e implementar, pois estabelece que o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), que antes já era uma exigência, agora deve incluir a avaliação e o manejo de fatores relacionados à saúde mental no ambiente de trabalho. Isso implica que as empresas deverão:

- Mapear fatores de risco psicossociais, como excesso de cobrança, jornadas de trabalho exaustivas, assédio moral, ambiente organizacional tóxico, entre outros, que possam afetar a saúde mental dos colaboradores;
- Adotar medidas preventivas voltadas à proteção da saúde psicológica dos trabalhadores, visando minimizar riscos relacionados ao estresse, burnout e outros problemas mentais;
- Promover ações de bem-estar emocional, oferecendo apoio psicológico adequado e criando um ambiente de trabalho que favoreça a saúde mental dos colaboradores;
- Incluir a saúde mental no PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos), de forma a integrar essas práticas preventivas no planejamento e na execução das estratégias de segurança e saúde no trabalho.

Essas obrigações são aplicáveis a empresas de todos os portes, com a devida adaptação conforme o número de empregados e o grau de risco das atividades desenvolvidas, garantindo um ambiente de trabalho mais seguro, saudável e equilibrado para todos os profissionais.

POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) tem por objetivos a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho. São princípios da PNSST o fortalecimento da universalidade, o diálogo social e a integralidade de ações.

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho aponta como prioritárias as ações de promoção e proteção sobre as de assistência, reabilitação e reparação.

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - NR 7

A NR 7 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa Controle Médico Saúde Ocupacional (PCMSO), com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto de seus trabalhadores.

O PCMSO é previsto pela Portaria do Ministério do Trabalho número 3214 de 08/06/78; a qual determina que todos os empregadores ou instituições que admitam trabalhadores como empregados regidos pela CLT, elaborem e implementem tal programa.

O mesmo tem por objetivo a promoção e a preservação da saúde dos trabalhadores, bem como a prevenção e diagnóstico precoce de doenças relacionadas às funções desempenhadas e ao ambiente de trabalho. Este trabalho é realizado por Médico do Trabalho.

A gestão de ambulatórios médicos nas dependências da empresa é, ao mesmo tempo, uma forma de promover a saúde, segurança e tranquilidade dos colaboradores e colaborar com o aumento de sua qualidade de vida;

Além disso, esse atendimento médico contribui, consideravelmente, para a redução dos custos de saúde, já que muitos dos problemas são resolvidos sem necessidade de deslocamento do colaborador para uma consulta médica externa;

Esse monitoramento também gera resultados eficientes e controlados na gestão de ambulatórios médicos da empresa e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

Os atendimentos e serviços prestados pela medicina ocupacional são:

- Exames Admissionais - deverá ser realizada antes que o trabalhador assuma suas atividades;
- Exames Periódicos – deverão ser realizados com os intervalos mínimos de tempo discriminados;
- Mudança de Função - será obrigatoriamente realizado antes da data da mudança;

- Retorno ao Trabalho - deverá ser realizada obrigatoriamente no primeiro dia da volta ao trabalho de trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto.
- Exames Demissionais - será obrigatoriamente realizada até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de 90 dias;
- Consultas aos profissionais;
- Homologar atestados;
- Campanhas Preventiva e educativas;
- Treinamentos.

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS – PPRA

- O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais ou PPRA é um programa estabelecido pela Norma Regulamentadora NR-9, da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, do Ministério do Trabalho.
- Este programa tem por objetivo, definir uma metodologia de ação que garanta a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores face aos riscos existentes nos ambientes de trabalho.
- A legislação de segurança do trabalho brasileira considera como riscos ambientais, agentes físicos, químicos e biológicos. Para que sejam considerados fatores de riscos ambientais estes agentes precisam estar presentes no ambiente de trabalho em determinadas concentrações ou intensidade, e o tempo máximo de exposição do trabalhador a eles é determinado por limites pré-estabelecidos.
- Cabe ao SESMT implantar e monitoramento da Brigada de Combate a Incêndio. Atividade determinada por ato normativo do Corpo de Bombeiros (em nível estadual), que estabelece aspectos de segurança construtiva do ambiente e composição do corpo de brigadistas, as contingências e as adequações necessárias aos riscos presentes.

- O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, observadas as exceções previstas nesta NR. O serviço de medicina ocupacional será realizado por empresa parceira e a unidade terá um técnico de segurança do trabalho.

Atividade a serem desenvolvidas pelo SESMT:

- Elaboração de ordens de serviços, bem como sua total implantação nos setores da organização;
- Pedido e caracterização do CAI (certificado de aprovação de instalação), para novas instalações;
- Dimensionamento do SESMT e efetivação do registro na DRT;
- Elaboração de estatísticas de acidentes e preenchimento dos quadros III, IV, V, VI, da NR-4 da Portaria 3.214/78;
- Implantação completa da CIPA;
- Estudo e dimensionamento, distribuição e controle de EPIs para todos os profissionais.

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) tem o compromisso com a promoção da saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, atuando de forma preventiva, educativa e corretiva dentro da Unidade. As ações a serem implementadas ao longo do período, contribuem para a redução de riscos ocupacionais, fortalecimento da cultura de segurança e melhoria das condições de trabalho. Ressaltamos a importância para que as ações estejam integradas entre setores, da adesão dos profissionais às boas práticas e do constante investimento em treinamentos e equipamentos de proteção, assegurando um ambiente de trabalho cada vez mais seguro, saudável e produtivo.

Além disso, em conformidade com a atualização da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-01), que entrou em vigor em 26 de maio de 2025, o SESMT deverá ser adotado práticas que promovam a saúde mental no ambiente laboral. Essa atualização, estabelecida pela Portaria MTE nº 1.419/2024, inclui explicitamente a identificação e gestão dos riscos psicossociais, como estresse, assédio moral e sexual, sobrecarga de trabalho e falta de suporte organizacional, no Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) das empresas. Essa medida visa mitigar fatores que

podem afetar negativamente a saúde mental dos trabalhadores, promovendo ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros.

A Segurança do Trabalho pode ser estruturada com equipe própria da instituição, o que favorece o conhecimento direto das rotinas internas, a atuação contínua junto às lideranças e a pronta resposta a situações de risco. Por outro lado, a Medicina do Trabalho pode ser terceirizada, desde que seja garantido um padrão técnico e ético adequado.

As principais atividades da Medicina do Trabalho incluem a realização e acompanhamento dos exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais; o controle de afastamentos; o acompanhamento de casos de doenças ocupacionais; a emissão de pareceres técnicos sobre capacidade laborativa; e a promoção de ações voltadas à saúde integral do trabalhador. A terceirização desses serviços, quando bem gerenciada, permite ao da unidade de saúde garantir qualidade técnica, cumprimento da legislação trabalhista e das normas da Vigilância Sanitária, além de assegurar o atendimento individualizado às necessidades de saúde dos colaboradores.

Dessa forma, a combinação entre segurança do trabalho própria e medicina do trabalho terceirizada pode representar uma solução eficiente, equilibrando conhecimento interno com suporte técnico especializado, em conformidade com as exigências legais e com foco no bem-estar dos trabalhadores.

Programa de Biossegurança

Desenvolver um programa de Biossegurança para garantir a proteção dos profissionais de saúde, pacientes, acompanhantes e da comunidade, especialmente diante do alto risco de exposição a agentes biológicos em atendimentos de urgência e emergência. Será necessário adotar um conjunto de medidas sistemáticas que assegurem a segurança do cuidado e a integridade física dos trabalhadores da saúde.

O programa deve contemplar a adoção rigorosa de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), que devem ser fornecidos de forma adequada e utilizados conforme a atividade desempenhada. Os profissionais serão treinados regularmente sobre o uso correto dos EPIs, visando prevenir contaminações e acidentes de trabalho, outro

eixo importante é a gestão adequada dos resíduos de serviços de saúde, mantendo o Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS) atualizado e seguindo as normas técnicas para o descarte correto de materiais biológicos, perfurocortantes e outros resíduos contaminantes, as rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos também fazem parte do programa, com procedimentos padronizados por tipo de área (crítica, semicrítica e não crítica) e monitoramento contínuo da eficácia das ações.

As equipes responsáveis devem passar por treinamentos periódicos, com foco na prevenção da disseminação de micro-organismos, especialmente em ambientes com grande circulação de pessoas, a prevenção de acidentes com material perfurocortante, exigindo o uso de dispositivos com mecanismos de segurança, além da notificação obrigatória de qualquer acidente e aplicação de protocolos de conduta pós-exposição, outro ponto-chave é a manutenção do controle vacinal de todos os profissionais, especialmente em relação à hepatite B, tétano, influenza e outras vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde para trabalhadores da saúde.

A educação permanente é o eixo transversal do programa em biossegurança, voltadas a todas as categorias profissionais, com foco na atualização de conhecimentos e reforço da cultura de segurança, campanhas internas, treinamentos em serviço e a disseminação de boas práticas contribuem para a adesão das equipes e para a melhoria contínua da assistência.

A supervisão das ações de biossegurança deve ser contínua e articulada com a coordenação da unidade. Indicadores de desempenho podem ser utilizados para monitorar a adesão aos protocolos, permitindo ajustes e melhorias constantes. A responsabilidade pelo cumprimento das diretrizes deve ser compartilhada por toda a equipe, sob liderança técnica e com o apoio institucional necessário.

O SESMT, em alinhamento com essa atualização normativa, continuará a implementar ações que visem à prevenção e gestão dos riscos psicossociais, garantindo que os profissionais estejam protegidos contra condições que possam comprometer sua saúde mental e bem-estar.

O funcionamento da SESMT ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO INTERNO DO SESMT – SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º – Este Regimento Interno estabelece as normas de organização, funcionamento e competências do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), em conformidade com a Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4), da Portaria MTP nº 3.874/2022, e demais legislações pertinentes.

Art. 2º – O SESMT tem como finalidade promover a saúde, integridade física e segurança dos trabalhadores da UPA, através da implementação de ações de prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e melhoria das condições ambientais de trabalho.

CAPÍTULO II – DOS OBJETIVOS DO SESMT

Art. 3º – São objetivos do SESMT:

I – Preservar a saúde e integridade dos trabalhadores da unidade;

II – Identificar, avaliar e propor medidas de controle dos riscos ocupacionais;

III – Elaborar, implementar e acompanhar programas de saúde e segurança no trabalho;

IV – Assessorar a direção da unidade nas ações de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

V – Promover a capacitação e conscientização dos trabalhadores sobre segurança e saúde no trabalho;

VI – Atuar em conjunto com a CIPA, quando constituída, e demais comissões institucionais;

VII – Contribuir para a melhoria contínua do ambiente laboral.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º – O SESMT da UPA será constituído por profissionais habilitados, conforme o dimensionamento previsto na NR-4, de acordo com o número de empregados e grau de risco da unidade.

Parágrafo único: Poderão compor o SESMT:

- Médico do Trabalho;
- Engenheiro de Segurança do Trabalho;
- Enfermeiro do Trabalho;
- Técnico de Segurança do Trabalho;
- Auxiliar de Enfermagem do Trabalho.

Art. 5º – Os profissionais do SESMT poderão atuar de forma direta (contratação própria) ou indireta (empresa terceirizada), desde que habilitados e formalmente vinculados à gestão da unidade.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º – Compete ao SESMT, entre outras funções:

I – Elaborar o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e acompanhar sua execução;

II – Manter atualizado o inventário de riscos ocupacionais da unidade; III – Realizar inspeções periódicas nos ambientes de trabalho;

IV – Investigar e analisar acidentes e incidentes de trabalho, propondo medidas corretivas;

V – Emitir pareceres técnicos sobre equipamentos, processos e materiais utilizados;

VI – Promover campanhas de prevenção, ações educativas e SIPAT;

VII – Acompanhar a saúde ocupacional dos trabalhadores junto ao setor de saúde do trabalhador (PCMSO);

VIII – Realizar treinamentos obrigatórios (uso de EPI, NR-32, NR-6, entre outros);

IX – Avaliar e controlar os agentes ambientais (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos);

X – Registrar todas as suas atividades em relatórios técnicos.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º – O funcionamento do SESMT obedecerá à seguinte dinâmica:

I – Realização de reuniões mensais com a gestão e demais setores estratégicos para apresentação de resultados e ações planejadas;

II – Integração com as demais comissões (CIPA, Comissão de Ética, Comissão de Farmácia, Núcleo de Qualidade, etc.);

III – Atendimento às fiscalizações dos órgãos reguladores (Ministério do Trabalho, Vigilância Sanitária, Ministério Público do Trabalho, etc.);

IV – Acompanhamento e análise periódica dos indicadores de saúde e segurança no trabalho.

CAPÍTULO VI – DAS RESPONSABILIDADES

Art. 8º – São responsabilidades do SESMT:

I – Manter confidencialidade e ética nas informações relativas à saúde do trabalhador;

II – Garantir o cumprimento das normas legais vigentes;

III – Atualizar periodicamente os documentos de SST exigidos;

IV – Participar ativamente das ações de melhoria contínua e acreditação institucional;

V – Garantir interface contínua com a Direção Técnica e Administrativa da UPA.

CAPÍTULO VII – DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 9º – Os principais indicadores do SESMT incluem:

I – Número de acidentes com afastamento e sem afastamento;

II – Taxa de frequência e gravidade dos acidentes de trabalho;

III – Percentual de realização de treinamentos obrigatórios;

IV – Percentual de adesão ao uso correto de EPIs;

V – Cumprimento do cronograma do PGR e PCMSO;

VI – Indicadores de ações preventivas e corretivas realizadas após incidentes.

CAPÍTULO VIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 – Os membros do SESMT devem manter seus registros profissionais atualizados e participar periodicamente de capacitações na área de saúde e segurança no trabalho.

Art. 11 – Este Regimento poderá ser revisado periodicamente pela Gestão Administrativa da UPA e pela Sede Administrativa da OSS, respeitando a legislação vigente.

Art. 12 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Gestão Administrativa da unidade, em conjunto com a equipe técnica do SESMT e com base na legislação aplicável.

Art. 13º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão aprovou este Regimento na data de ____/____/____, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de avaliar e revisar regras e condutas em segurança do trabalho da Instituição.

_____

Gestor Administrativo

_____

Responsável SESMT

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO SESMT				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Diagnóstico Inicial da Unidade	Levantamento do número de trabalhadores e grau de risco da UPA (NR-4)	Gestão Administrativa / RH	10 dias	Necessário para definir o dimensionamento do SESMT
Solicitação Formal de Implantação	Solicitação de abertura de cadastro do SESMT junto à OSS/Sede	Gestão Administrativa / RH	10 dias	Comunicação oficial e início formal do processo
Definição do Modelo de Execução	Escolha entre equipe própria e ou terceirizada	Gestão Administrativa / OSS	15 dias	Considerar contrato de gestão e recursos disponíveis
Composição da Equipe Técnica	Contratação ou designação dos profissionais habilitados	Gestão Administrativa / OSS/ RH	30 dias	De acordo com o dimensionamento exigido pela NR-4
Estruturação Legal do Setor	Elaboração e aprovação do Regimento Interno do SESMT	Gestão Administrativa / OSS/ Equipe SESMT	30 dias	Documento deve estar alinhado à legislação e diretrizes da OSS
Planejamento Estratégico do SESMT	Definição de cronograma anual e estruturação documental	Gestão Administrativa / OSS/ Equipe SESMT	60 dias	Planejamento integrado com a CIPA, Comissão de Ética e NQSP
Gerenciamento de Riscos Ocupacionais	Elaboração e implementação do PGR	SESMT	60 dias	Contemplando inventário de riscos e plano de ação
Integração com Saúde Ocupacional	Articulação com o PCMSO e exames periódicos/admissionais	Médico do Trabalho / SESMT	15 dias	Necessária compatibilização entre os dois programas
Capacitação Inicial dos Trabalhadores	Realização de treinamentos obrigatórios (NR-32, EPI, etc.)	SESMT	60 dias	Ações educativas documentadas com lista de presença
Inspeção Técnica dos Ambientes	Avaliação e vistoria das áreas de trabalho	SESMT / Engenharia Clínica / Manutenção/ SCIRAS	60 dias	Relatório com não conformidades e propostas corretivas
Apresentação Institucional	Apresentação do plano de ação para gestão e comissões	SESMT / Gestão Administrativa	90 dias	Reunião com diretores, RH e setores estratégicos
Organização Administrativa do Setor	Criação e estruturação de pastas físicas e digitais	SESMT / TI	90 dias	Inclusão de relatórios, programas, atas, inspeções, etc.
Comunicação Oficial à Sede da OSS	Envio do relatório técnico inicial e validação	SESMT	90 dias	Para ciência e acompanhamento institucional
Avaliação Final e Validação	Avaliação e homologação final da implantação	Gestor Administrativo / SESMT / OSS	90 dias	Formalização do início oficial do funcionamento do SESMT

3.1.8 Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) também denominada Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais Hospitalares (CPMMH), é um órgão de natureza técnico-científica, consultiva e deliberativa, de caráter permanente, vinculado à Direção Técnica da UPA. Sua principal finalidade é normatizar, avaliar e acompanhar as ações relacionadas à seleção, padronização, aquisição, uso e descarte de medicamentos e insumos médico-hospitalares, com base em critérios de eficácia terapêutica, segurança clínica, custo-efetividade e uso racional, conforme preconizado pelas legislações sanitárias vigentes, como a Lei nº 5.991/1973 e a RDC nº 471/2021 da ANVISA.

A atuação da CFT é fundamental para assegurar a qualidade da assistência farmacêutica e promover a segurança do paciente nos diversos setores da unidade. No contexto das Unidades de Pronto Atendimento, onde a rotatividade de pacientes e a complexidade dos atendimentos são elevadas, a padronização adequada de medicamentos e materiais é indispensável para garantir agilidade, eficácia e segurança nos processos assistenciais.

Entre os seus principais objetivos, destacam-se a formulação da política institucional de medicamentos e insumos, a atualização periódica da lista padronizada de medicamentos essenciais, a promoção do uso racional, a orientação técnica às equipes multiprofissionais e a contribuição para o gerenciamento eficiente dos recursos materiais. Além disso, a comissão tem o papel de deliberar sobre solicitações excepcionais de medicamentos não padronizados, com base em critérios técnico-científicos previamente definidos.

As atribuições da CFT incluem participar da elaboração da política de medicamentos da instituição, definir critérios para a aquisição de medicamentos não constantes na lista padronizada, colaborar na construção e atualização de protocolos clínicos e terapêuticos, monitorar o perfil de uso de medicamentos na unidade, avaliar potenciais interações medicamentosas, especialmente no uso por sondas enterais, e elaborar guias técnicos de apoio à prática assistencial. Cabe ainda à comissão atuar nas ações de educação permanente, promovendo capacitações sobre prescrição segura, uso de medicamentos de alta vigilância, administração correta,

farmacovigilância, e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) relacionados à manipulação e preparo de medicamentos.

A CFT também deve assessorar a farmácia da UPA e os setores de enfermagem e médicos na implantação e manutenção de sistemas informatizados de prescrição e dispensação, quando disponíveis, com vistas à rastreabilidade, controle de estoque e segurança do processo medicamentoso. É papel da comissão participar ativamente na proposição de estratégias para gestão de materiais, controle de validade, armazenamento adequado, e descarte de produtos vencidos ou inutilizados, sempre em conformidade com as normas sanitárias.

A composição da comissão deve ser multiprofissional, contemplando representantes da farmácia (na coordenação), equipe médica, enfermagem assistencial, setor de compras ou suprimentos, além de outros profissionais envolvidos nos processos de logística e dispensação. A periodicidade das reuniões pode ser mensal ou bimestral, com registros em ata, quórum deliberativo definido em regimento interno e previsão de convocação extraordinária em situações de urgência, como desabastecimentos, surtos, mudanças de protocolos ou novos desdobramentos regulatórios.

O funcionamento da CFT deve estar normatizado por meio de Regimento Interno próprio, que estabeleça claramente sua composição, competências, periodicidade, critérios para inclusão e exclusão de itens da padronização, metodologia de deliberação e registro das decisões. O Regimento deve ser alinhado ao regimento geral da instituição e atualizado sempre que necessário.

A atuação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é estratégica para a governança clínica da Unidade de Pronto Atendimento, pois contribui para a qualificação do cuidado, a sustentabilidade institucional, a redução de riscos relacionados ao uso de medicamentos, e a conformidade com as exigências legais e regulatórias. Com base em evidências científicas e nos princípios da segurança do paciente, fortalece o papel da assistência farmacêutica como eixo transversal para uma atenção à saúde eficiente, segura e resolutiva.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos, reuniões e metas da CFT.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Médico	1	Profissional Medico designado pelo Diretor Técnico da Instituição.
Representante da CCIRAS	1	Profissional Médico e ou Enfermeiro, que atua no SCIRAS da Instituição.
Farmacêutico	1	Profissional Farmaceutico no Serviço de Farmácia preferêncialmente o farmacêutico RT da Instituição.
Enfermairo	1	Profissional Enfermeiro, que atua no SCIH da Instituição.
Administrativo	1	Profissional com atuação em área Administrativa, que represente a Direção da Instituição.

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Supervisão das práticas de seleção, aquisição e distribuição de medicamentos; Desenvolvimento de Protocolos Terapêuticos; Monitoramento e segurança no uso de medicamentos; Promoção de Educação Continuada e avaliação de resultados clinicos.
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Periodicidade das Reuniões	Bimestral, com data a ser definida e fixada no cronograma anual da Comissão e ou extraordinária sempre que necessário
Fonte de Auditoria	Auditoria das prescrições médicas; Monitoramento das notificações de efeitos adversos e reações indesejadas associadas aos medicamento, incluindo os de alta vigilância ou de risco.
Meta Inicial	Comissão implantada em até 03 meses , após inicio da gestão.
Meta Permanente	Reunião mensal e ou extraordinária com identificação e analise críticas dos casos e indicares de infecção, ações e soluções propostas.

O funcionamento da CFT ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Capítulo I – Da Finalidade e Subordinação

Art. 1º – A Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) é um órgão técnico, de caráter consultivo, vinculado à Diretoria Geral, a qual está subordinada ao Gestor Geral da Unidade de Saúde.

Art. 2º – A CFT tem como finalidade formular e implementar políticas institucionais voltadas ao uso racional de medicamentos e materiais, visando a melhoria da qualidade da assistência à saúde, à eficácia terapêutica, à segurança do paciente e à sustentabilidade dos recursos.

Capítulo II – Dos Objetivos

Art. 3º – São objetivos da Comissão:

I – Formular e implementar política institucional de uso racional de medicamentos e materiais;

II - Avaliar e deliberar sobre a inclusão, alteração ou exclusão de itens na lista padronizada de medicamentos e materiais;

III - Acompanhar o processo de testes de qualidade e pesquisa dos produtos antes da homologação e aquisição;

I - Contribuir para a adoção de práticas seguras, eficazes e custo-efetivas no âmbito da assistência farmacoterapêutica;

V - Estabelecer diretrizes para padronização com base em critérios técnicos e farmacoeconômicos.

Capítulo III – Da Composição

Art. 4º – A CFT é composta por membros indicados pela Gestão Geral e Diretoria Técnica da Unidade de Saúde, com mandato por tempo indeterminado, podendo ser reformulada conforme necessidade institucional.

Art. 5º – A Comissão será constituída por representantes dos seguintes setores:

- Farmácia hospitalar
- Enfermagem
- Representante da CCIRAS
- Médico
- Setor Administrativo

Parágrafo único – Outros membros poderão ser convidados a participar, a critério da Comissão, como consultores em assuntos específicos.

Capítulo IV – Da Organização e Funcionamento

Art. 6º – A Comissão ordinariamente se reunirá bimestralmente e extraordinariamente, sempre que convocada pela Diretoria, pelo Presidente ou por maioria dos seus membros.

Art. 7º – As reuniões ocorrerão na Sala de Reuniões e deverão contar com, no mínimo, 51% de presença dos membros efetivos para deliberação válida.

Art. 8º – As reuniões serão registradas em ata redigida pela Secretaria, com resumo fiel dos assuntos discutidos e deliberações aprovadas, assinada por todos os presentes.

Art. 9º – Os membros poderão ser substituídos em caso de desligamento, mudança de função ou ausência justificada superior a três reuniões consecutivas, sendo o substituto indicado pelo setor correspondente.

Capítulo V – Das Atribuições da Comissão

Art. 10º – Compete à CFT:

I – Elaborar e manter atualizada a padronização de medicamentos e materiais hospitalares;

II – Estabelecer critérios técnicos e científicos para inclusão e exclusão de itens padronizados;

III – Aprovar propostas de alteração na lista padronizada, oriundas dos setores assistenciais;

IV – Avaliar medicamentos sob os aspectos dinâmico, biofarmacocinético e químico;

V – Realizar avaliação farmacoeconômica de medicamentos propostos;
VI – Evitar redundâncias terapêuticas, priorizando princípios ativos únicos;
VII – Definir critérios para aquisição de medicamentos e materiais não padronizados;
VIII – Monitorar faltas e descontinuidade de medicamentos, sugerindo substituições adequadas;

IX – Incentivar o uso da Denominação Comum Brasileira (DCB) nas prescrições;

X – Revisar normas de prescrição e rotinas de uso de medicamentos e materiais;

XI - Promover ações de farmacovigilância e tecnovigilância;
XII – Garantir o cumprimento de suas deliberações junto ao corpo clínico e setores operacionais.

Capítulo VI – Da Presidência e Secretaria

Art. 11º – Compete ao Presidente da Comissão:

- Convocar e presidir as reuniões;
- Representar a Comissão junto à Diretoria ou designar representante;
- Receber e protocolar solicitações e propostas de padronização;
- Conduzir votações e exercer o voto de desempate, quando necessário;
- Assegurar o cumprimento deste regimento.

Art. 12º – Compete à Secretária da Comissão:

a) Preparar o expediente das reuniões;
b) Redigir e arquivar as atas;
c) Convocar os membros conforme calendário definido;
d) Organizar e manter o acervo documental da Comissão.

Capítulo VII – Das Disposições Gerais

Art. 13º – A Comissão poderá convidar especialistas e representantes de outros setores para participar de reuniões específicas, sem direito a voto, sempre que o tema exigir conhecimento técnico complementar.

Art. 14º – Os assuntos analisados que exigirem providência prática deverão ser encaminhados aos setores responsáveis com prazo definido para retorno, preferencialmente até a próxima reunião ordinária.

Art. 15º – Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação e poderá ser alterado por proposta da maioria simples dos membros da Comissão.

A presente Comissão aprovou este Regimento na data de ____/____/____, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de avaliar e revisar regras e condutas em segurança do trabalho da Instituição.

_____

Presidente da Comissão

_____

Vice-Presidente da Comissão

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO CFT				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Diagnóstico e Justificativa Técnica	Levantamento da situação atual dos medicamentos padronizados, uso racional e indicadores de assistência farmacêutica	Farmaceutico RT / Direção Técnica Médica	60 dias	Relatório situacional e justificativa para criação da CFT
Definição da Composição da Comissão	Indicação dos membros de forma multiprofissional: farmacêutico, médico, enfermeiro e representante da gestão	Gestão Geral/ Farmaceutico RT / Direção Técnica Médica	60 dias	Lista de membros indicados e convidados
Elaboração do Ato de Nomeação	Formalização da criação da comissão por ato administrativo interno	Gestão Geral	75 dias	Portaria publicada e arquivada
Elaboração do Regimento Interno da CFT	Construção do documento normativo que define funcionamento, objetivos, reuniões e decisões da comissão	CFT/ Gestão Geral	90 dias	Regimento aprovado e assinado
Capacitação Inicial dos Membros	Treinamento sobre protocolos terapêuticos, padronização, seleção de medicamentos e uso racional	Farmaceutico RT/ NEP/ NQSP	90 dias	100% dos membros capacitados
Definição da Metodologia de Trabalho	Estabelecimento de critérios para análise de inclusão/exclusão de medicamentos, revisão da lista e fluxo de solicitações	CFT	90 dias	Documento metodológico validado
Reunião da Comissão	Instalação oficial da CFT com elaboração do cronograma anual e plano de trabalho	CFT	90 dias	Ata da 1ª reunião registrada
Revisão da Relação de Medicamentos Padronizados (REMP)	Avaliação da lista atual, critérios de seleção e atualização conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas	CFT	120 dias	Nova REMP validada e publicada
Estabelecimento de Indicadores de Monitoramento	Definição dos indicadores de prescrição racional, consumo, estoque, e notificações de reações adversas	CFT	120 dias	Lista de indicadores padronizados
Início do Monitoramento e Ciclo de Avaliações	Implantação de ciclo contínuo de reuniões mensais, análises técnicas e intervenções	CFT	120 dias	Reuniões regulares, relatórios e decisões registradas

3.1.9 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (CGRSS) é uma comissão essencialmente criada para atuar na unidade de saúde com o objetivo

de garantir o adequado manejo, eliminação e controle dos resíduos sólidos gerados no ambiente de assistencial, em conformidade com as normativas ambientais e de saúde pública. Sua atuação visa a proteção do meio ambiente e a saúde da população, conforme as diretrizes da legislação vigente.

A estrutura da CGRSS é organizada com base em um Plano de Gerenciamento de Resíduos que deve ser revisado periodicamente e atualizado de acordo com as mudanças nas regulamentações ambientais e sanitárias. A comissão é formada por profissionais de diferentes áreas, como saúde, segurança do trabalho, meio ambiente e gestão, e é responsável pela implementação e monitoramento das ações de manejo de resíduos na Instituição.

Exerce papel central na sustentabilidade da unidade de saúde, garantindo que todas as práticas de gerenciamento de resíduos sigam as melhores normas de segurança, eficiência e respeito ao meio ambiente.

Atribuições

- Adequação, implementação e supervisão de normas, responsável em adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais relacionadas ao gerenciamento de resíduos em unidades de saúde, incluindo a criação de protocolos de descarte, armazenamento e transporte dos resíduos gerados, assegurando que todo o processo esteja de acordo com as normas legais e ambientais.
- Capacitação e educação continuada, responsável pela capacitação contínua de toda a equipe de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e funcionários da limpeza, no que se refere à prevenção, manejo, e controle dos resíduos, com foco na segurança dos trabalhadores e na proteção ambiental.
- Avaliação periódica do sistema de higienização e limpeza, de forma periódica e sistemática, propondo ajustes e melhorias quando necessário.
- Emissão de relatórios regulares à Diretoria, elaborar e divulgar regularmente relatórios sobre a gestão de resíduos, mantendo a diretoria geral informada sobre a situação do controle dos resíduos e qualquer necessidade de melhorias ou ajustes nas práticas adotadas.

- Promover a redução de resíduos perigosos e acidentes, desenvolver estratégias, implementar e supervisionar as ações de redução de resíduos perigosos gerados pela unidade de saúde.
- Garantir e cooperar para a conformidade com Legislação Ambiental e fornecer as informações solicitadas por essas autoridades competentes.
- Acompanhamento e gerenciamento de resíduos, implementando ações corretivas quando necessário para assegurar que os resíduos sejam corretamente segregados, armazenados e descartados, minimizando os riscos à saúde e ao meio ambiente.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos, reuniões e metas da CGRSS.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Presidente	1	Profissional com formação na áarea da saúde, indicado dela direção da Instituição.
Secretário	1	Profissional com formação na área da saúde, eleito pelos membros da comissão.
Efetivos	4	Profissional com formação na área da saúde, preferncialmente que atue diretamente na geração de residuos, indicado dela direção da Instituição.

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Ações relacionadas à gestão de resíduos hospitalares, desde sua geração até o descarte final objetivo de minimizar riscos à saúde pública e ao meio ambiente.
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Periodicidade das Reuniões	Bimestral, com data a ser definida e fixada no cronograma anual da Comissão e ou extraordinária sempre que necessário
Fonte de Auditoria	Assegurando as práticas de gerenciamento de resíduo; Conformidade com as normas e regulamentos; Promoção da segurança e sustentabilidade na avaliação da eficácia dos processos e a identificação de melhorias.
Meta Inicial:	Comissão implantada em até 02 meses, após inicio da gestão.
Meta Permanente:	Reunião mensal e ou extraordinária com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas e tratadas.

O funcionamento da CGRSS ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO INTERNO DA CGRSS

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Art. 1º – A Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) da UPA 24 tem como finalidade coordenar, planejar, acompanhar e avaliar a execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS), assegurando a correta segregação, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos gerados, em conformidade com as normas sanitárias, ambientais e trabalhistas vigentes.

Art. 2º – A CGRSS é um órgão de caráter técnico-consultivo e deliberativo, permanente e multidisciplinar, vinculado à Gestão Geral da Unidade.

CAPÍTULO II – DOS OBJETIVOS

Art. 3º – São objetivos da Comissão:

I – Implementar e monitorar o cumprimento do PGRSS na unidade;
II – Garantir o manejo adequado dos resíduos dos serviços de saúde, conforme classificação e risco;

III – Promover ações educativas e de sensibilização sobre a gestão de resíduos entre os profissionais da UPA;

IV – Prevenir riscos à saúde pública, ao meio ambiente e aos trabalhadores envolvidos no processo;

V – Propor melhorias nos processos de segregação, coleta e destinação dos resíduos;

VI – Manter conformidade com as legislações sanitárias, ambientais e de saúde e segurança do trabalho.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º – A Comissão será composta por, no mínimo, os seguintes membros:

I – Representante da Direção Geral;

II – Farmacêutico responsável técnico;

III – Enfermeiro responsável pelo serviço de enfermagem;

IV – Representante da Equipe de Higiene/Limpeza;

V – Técnico em Segurança do Trabalho ou membro do SESMT (quando houver);

VI – Responsável Técnico pela Lavanderia e/ou Serviços de Apoio (se aplicável);

Parágrafo único**.** Os membros serão designados por portaria interna da Direção da UPA, com mandato de 2 (dois) anos, renovável por igual período.

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º – Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde:

I – Analisar, revisar e atualizar periodicamente o PGRSS da unidade;
II – Definir fluxos operacionais seguros para o manejo de cada grupo de resíduos (A a E);

III – Monitorar a correta segregação, identificação e acondicionamento dos resíduos nas áreas geradoras;

IV – Acompanhar o armazenamento interno e externo, bem como o transporte, tratamento e destinação final;

V – Manter registros, fichas de controle, relatórios e documentação exigida pelos órgãos fiscalizadores;

VI – Notificar à Direção e aos setores responsáveis qualquer inconformidade no processo de gerenciamento;

VII – Promover capacitações e treinamentos periódicos sobre resíduos de serviços de saúde para os trabalhadores;

VIII – Atuar em conjunto com o SESMT e CIPA na prevenção de acidentes com perfurocortantes e resíduos de risco biológico;

IX – Garantir a rastreabilidade e controle dos resíduos de medicamentos, resíduos químicos e resíduos perigosos;

X – Articular com empresas contratadas para coleta e tratamento, fiscalizando o cumprimento contratual e legal.

CAPÍTULO V – DAS REUNIÕES

Art. 6º – A Comissão reunir-se-á ordinariamente a cada dois meses e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu coordenador ou da Gestão da unidade.

Art. 7º – As reuniões deverão ser registradas em ata, contendo lista de presença, deliberações e encaminhamentos.

Art. 8º – O quórum mínimo para deliberação será de 50% mais um dos membros.

CAPÍTULO VI – DAS RESPONSABILIDADES

Art. 9º – Cada membro da comissão terá como responsabilidade representar sua área de atuação, assegurando o cumprimento das medidas estabelecidas no PGRSS e nas deliberações da comissão.

Art. 10º – Cabe à Gestão Geral garantir os recursos materiais, humanos e estruturais necessários ao funcionamento da comissão e à implementação do PGRSS.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11º – Este Regimento poderá ser alterado mediante proposta da maioria dos membros da Comissão e aprovação da Gestão da UPA.

Art. 12º – Casos omissos neste Regimento serão resolvidos em reunião ordinária ou extraordinária da comissão, em consonância com a legislação vigente.

Art. 13º – Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção da Unidade e publicação em documento oficial interno.

A presente Comissão aprovou este Regimento na data de ____/____/____, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de avaliar e revisar regras e condutas em segurança do trabalho da Instituição.

_____

Presidente da Comissão

_____

Vice-Presidente da Comissão

3.1.9.1 Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde

Elaboração de documento técnico para estabelecer as diretrizes e as ações a serem seguidas para a gestão adequada dos resíduos gerados em serviços de saúde. O plano tem como objetivo garantir a segurança dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e a proteção ambiental, conforme exigido pelas normativas brasileiras, especialmente a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010) e as resoluções da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). A implantação de um PGRSS visa a racionalização do manejo de resíduos hospitalares e a mitigação dos riscos associados ao descarte inadequado desses resíduos.

Constituída com objetivo de preservação da saúde pública em relação a contaminação da comunidade e o risco de doenças ocupacionais nos trabalhadores da saúde, garantir a eliminação segura dos resíduos e evitar a poluição do solo, da água e do ar, promoção de boas práticas incentivando a educação e a capacitação contínua dos profissionais para o manejo correto dos resíduos.

O PGRSS deve ser elaborado pela comissão e ou grupo técnico da instituição, estruturando detalhadamente, definindo os processos para segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final de todos os resíduos gerados no na Instituição, bem como, definição de indicadores estratégicos com a finalidade de redução dos índices de resíduos gerados.

Pontos importantes para a elaboração do PGRSS

Ao planejar a estruturação do PGRSS, algumas etapas deverão ser definidas no processo de implantação do PGRSS.

- Identificar e nomear uma comissão ou equipe responsável pela elaboração e implantação do PGRSS, composta por profissionais de diferentes áreas (enfermagem, médicos, técnicos de segurança, limpeza, nutrição e gestão ambiental).

- Realizar um levantamento inicial para identificar os tipos, classificações e volumes de resíduos gerados, de acordo com cada áreas de geração de resíduos, os fluxos de resíduos, e os recursos disponíveis para gestão.
- Análise de Normas e Legislação, entender a legislação vigente, incluindo a Política Nacional de Resíduos Sólidos, a ANVISA, e as normas municipais e estaduais, para garantir que o PGRSSS esteja em conformidade com as regulamentações.
- Criar um cronograma de atividades com prazos definidos para a implementação das etapas do PGRSS.

Atribuições

Com objetivo de implementar de um sistema de gerenciamento eficaz, seguro e sustentável dos resíduos gerados na instituição de saúde, de acordo com as diretrizes da legislação vigente e deve ser estabelecidas suas atribuições

- Definição de responsabilidades e tarefas para as equipes envolvidas no manejo dos resíduos (geração, coleta, segregação, transporte, armazenamento, e destinação final).
- Promover treinamentos regulares para todos os profissionais, disseminando as práticas corretas de segregação, acondicionamento e descarte dos resíduos.
- Sensibilização dos profissionais relacionados aos impactos ambientais e sanitários do manejo inadequado de resíduos.
- Monitoramento das práticas adotadas através de auditorias internas periódicas para verificar a conformidade com as normas legais.
- Gerenciar o quantitativo de resíduos gerados verificando se estão sendo corretamente classificados, armazenados e descartados.
- Assegurar que os resíduos sejam corretamente segregados, ou seja, classificados conforme sua natureza (biológicos, químicos, farmacêuticos, etc.), para evitar riscos de contaminação ou acidentes.
- Assegurar o acondicionados de maneira adequada, utilizando os recipientes corretos e garantindo a integridade dos materiais.

- Estabelecer espaços adequados e de acordo com a legislação, para armazenamento temporário de resíduos, evitando o contato direto com áreas de atendimento aos pacientes.
- Definir critérios e fluxos claros para o transporte interno e externo de resíduos, com monitoramento de sua execução.
- A destinação final dos resíduos, deve ser encaminhado em transportes apropriados e locais licenciados para eliminação ou reciclagem.
- Definir e monitorar indicadores de impacto no gerenciamento de resíduos.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO PGRSS				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Planejamento Inicial	Levantamento situacional dos resíduos gerados na UPA	Gestor Geral / Engenharia Clínica / Gestor Facilitis/ NQSP /SCIRAS/ SESMT	10 dias	Mapeamento por setor (medicação, laboratório, emergência, etc.)
	Constituição formal da Comissão de PGRSS	Gestor Geral	60 dias	Portaria interna de nomeação
Capacitação e Sensibilização	Treinamento das equipes assistenciais, limpeza e apoio sobre segregação e biossegurança	Gestor Facilitis/ NQSP / SCIRAS/ SESMT / NEP/ Engenharia Clinica	30 dias	Registro da capacitação com listas de presença e conteúdo
	Confecção de materiais educativos (cartazes, etiquetas, fluxos)	Gestor Facilitis / Comissão PGRSS	90 dias	Materiais afixados em pontos críticos
Elaboração e Aprovação do Plano	Elaboração do documento técnico do PGRSS conforme RDC 222/2018	Gestor Facilitis/ NQSP / SCIRAS/ SESMT / NEP/ Engenharia Clinica	60 dias	Plano com fluxograma, metas e cronograma
	Aprovação do PGRSS junto à direção técnica da UPA	Gestor Geral/ Gestores Responsáveis/ Jurídico	90 dias	Assinatura e inclusão em protocolos internos
Adequação Estrutural e Logística	Definição e adequação dos pontos de coleta interna e recipientes padronizados por tipo de resíduo	Gestor Facilitis /Manutenção/ Comissão PGRSS	30 dias	Cores e símbolos normatizados
	Definição da empresa licenciada para coleta externa e destinação final	Gestor Geral / Setor de Compras / Jurídico	30 dias	Contrato com empresa licenciada pela vigilância/IBAMA
Implantação Operacional	Início oficial da vigência do PGRSS na unidade	Gestor Facilitis / Comissão PGRSS	60 dias	Comunicação formal a todos os setores
	Implantação do controle de geração e segregação diária dos resíduos	Gestor Facilitis / Comissão PGRSS	60 dias	Fichas de controle por setor
Monitoramento e Avaliação	Primeira auditoria interna do PGRSS (checklist de conformidade)	Comissão PGRSS / SESMT / SCIRAS/ NQSP	90 dias	Relatório com plano de correção
	Revisão do plano e ajustes conforme diagnóstico inicial	Gestor Facilitis / Comissão PGRSS	120 dias	Atualização do plano se necessário
Relatórios e Notificações Externas	Encaminhamento do PGRSS aos órgãos ambientais e sanitários competentes (se exigido)	Gestor Geral/ Gestor Facilitis / Comissão PGRSS	150 dias	Protocolo de envio
	Elaboração de relatório mensal de geração e destinação de resíduos	Gestor Facilitis / Comissão PGRSS	Mensalmente	Indicador institucional

3.1.10 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

A implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) nas Unidades de Saúde administradas pela nossa Instituição está inserida no escopo do Serviço de Qualidade. O NQSP tem como principal responsabilidade interagir com todos os processos da unidade, promovendo a integração entre eles e implementando metodologias que visem à melhoria contínua dos serviços prestados. Considerado uma área estratégica, o Núcleo é diretamente subordinado ao Gestor Geral, com a missão de garantir a adequação dos processos, utilizando modelos de gestão da

qualidade. Além disso, seu foco é assegurar que todos os processos priorizem a segurança do paciente e o gerenciamento eficaz de riscos.

O NQSP desempenha um papel fundamental na promoção da melhoria contínua da gestão dos serviços de saúde, garantindo a segurança dos pacientes e a qualidade da assistência prestada. O Núcleo se dedica à implementação e monitoramento de práticas e protocolos que garantam um atendimento seguro, eficaz e humanizado, alinhado às melhores práticas e às normas vigentes.

De acordo com a RDC n°. 36/2013, o NQSP é uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Este núcleo se constitui como um componente essencial na busca pela qualidade das atividades realizadas nos serviços de saúde.

Um dos objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é promover e apoiar a implementação de iniciativas de segurança do paciente em diversas áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e da integração do NQSP nos estabelecimentos de saúde. A função primordial do NQSP é integrar as diversas instâncias que lidam com riscos na instituição, sempre com o paciente como sujeito e objeto final do cuidado. Ou seja, o paciente deve estar seguro, independentemente do processo de cuidado a que está sendo submetido.

Neste contexto a inserção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que têm como objetivo reduzir os danos evitáveis nos serviços de saúde, promovendo um ambiente mais seguro e eficaz para o cuidado dos pacientes.

A seguir, descrevem-se as seis metas e sua aplicação prática na rotina da UPA 24h:

Meta 1 – Identificar corretamente os pacientes:

Na UPA, é imprescindível confirmar a identidade dos pacientes em todos os momentos críticos da assistência, como na administração de medicamentos, realização de exames, procedimentos e transferências. A identificação deve ser feita por pelo menos dois identificadores (nome completo e data de nascimento, por exemplo), conferidos com a pulseira de identificação, prontuário e verbalização com o paciente ou acompanhante.

Meta 2 – Melhorar a comunicação efetiva

A comunicação clara, objetiva e segura entre profissionais da saúde é essencial para evitar falhas. Na UPA, deve-se priorizar a comunicação direta e padronizada, especialmente em passagens de plantão, transferências de pacientes e prescrições. O uso do protocolo SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação) é uma estratégia recomendada para garantir a troca de informações seguras.

Meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

Deve-se ter atenção especial a medicamentos de alta vigilância, eletrólitos concentrados, antibióticos, sedativos e outros com potencial de causar danos. A administração deve ser feita com conferência da prescrição, checagem dos 13 certos (paciente, medicamento, dose, via, horário, validade, diluição, velocidade, tempo, registro, compatibilidade, orientação e resposta) e registro adequado. É fundamental também garantir o armazenamento correto e o controle de estoque pela farmácia da unidade.

Meta 4 – Assegurar cirurgias e procedimentos seguros

Embora na UPA não sejam realizadas cirurgias eletivas, diversos procedimentos invasivos ou de risco são realizados, como sondagens, intubações, punções venosas e drenagens. Para isso, devem ser adotadas medidas como checagem pré-procedimento, confirmação verbal, uso de listas de verificação (checklist) e técnicas assépticas, minimizando erros e eventos adversos.

Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado em saúde

A prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) exige a adoção de protocolos rigorosos de higiene das mãos, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), limpeza e desinfecção de superfícies, e técnicas de inserção e manutenção de dispositivos invasivos. Campanhas educativas, capacitações e auditorias de boas práticas devem ser contínuas e envolventes.

Meta 6 – Reduzir o risco de lesões por quedas e danos decorrentes da assistência

Mesmo na curta permanência dos pacientes na UPA, é fundamental avaliar riscos de quedas, lesões por pressão, reações adversas a medicamentos e erros de atendimento. A estratificação de risco na triagem e durante o cuidado, a adoção de protocolos de prevenção e o envolvimento da equipe multiprofissional são essenciais para garantir um ambiente seguro e livre de danos evitáveis.

A implementação das Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente na UPA 24h contribui diretamente para a redução de falhas, para o aumento da confiança dos usuários e para a qualificação dos serviços ofertados. Essas metas devem ser integradas à rotina assistencial, promovidas pelas lideranças e reforçadas continuamente por meio da educação permanente, das auditorias internas, da comunicação efetiva entre equipes e da vigilância ativa de eventos adversos.

A segurança do paciente não é uma tarefa individual, mas um compromisso coletivo, ético e institucional com a vida e a qualidade do cuidado, uma das práticas essenciais está em instituir Metas Internacionais de Segurança do Paciente a serem implementadas e monitoradas pelo NQSP.

A implementação destas Metas Internacionais de Segurança do Paciente não apenas assegura a segurança dos pacientes, mas também promove uma cultura de segurança dentro da instituição, incentivando a melhoria contínua, a educação permanente dos profissionais e a integração entre as diferentes áreas da unidade. A adesão a essas metas é essencial para o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança exigidos pelas normativas nacionais e internacionais, refletindo diretamente na excelência do atendimento e nos resultados clínicos obtidos pela nossa instituição.

A implementação do NQSP deverá ser realizada por meio de um processo estratégico que inclui planejamento, execução, monitoramento e avaliação constantes, com atuações nas áreas essências, como:

- Planejamento estratégico ao definir os objetivos e metas claras para a melhoria contínua da qualidade e segurança, alinhados com as diretrizes institucionais e as necessidades dos pacientes.

- Desenvolver e estabelecer protocolos de segurança, monitorar riscos, classificar eventos adversos e implementar programas de segurança baseados em evidências científicas e melhores práticas.
- Gestão do Serviços de Atendimento aos Usuários (SAU) garante um atendimento eficiente e seguro, promovendo uma comunicação eficaz com os usuários e oferecendo suporte para resolver questões relacionadas ao atendimento e à experiência do paciente.
- Mapear, documentar e analisar processos de trabalho e indicadores de desempenho, buscando identificar oportunidades de melhoria e estabelecer ações corretivas quando necessário, fazem parte da gestão de processos.
- Estabelecer e liderar programas de auditorias e certificações, implementando sistemáticas execução e monitorização interna (na Instituição) e externa (em serviços essências terceirizado) com o objetivo de garantir a conformidade com normas de qualidade e segurança, legislação e implementação de boas práticas, além de buscar certificações que validem a excelência dos serviços prestados.

O NQSP tem como maior objetivo estabelecer as Metas de Segurança do Paciente, que são diretrizes internacionais estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por entidades como o Joint Commission International (JCI), com o objetivo de promover a segurança dos pacientes e reduzir o risco de danos relacionados à assistência à saúde. Estas metas são aplicáveis as unidades de saúde, visando a melhoria contínua da qualidade do atendimento e a minimização de erros e incidentes durante o processo assistencial.

A qualidade na atenção à saúde é um compromisso fundamental das Organizações Sociais de Saúde (OSS), onde a segurança do paciente, a eficiência dos processos e a humanização do atendimento são pilares essenciais. Com base nesse compromisso, propomos um conjunto de atividades estruturadas e contínuas voltadas para o fortalecimento da cultura da qualidade em todos os níveis da instituição.

As atividades propostas têm como objetivos principais, promover a melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos, garantir a segurança dos pacientes e profissionais, padronizar protocolos e rotinas, além de fomentar a

participação ativa dos colaboradores na construção de um ambiente institucional mais seguro, eficiente e centrado no cuidado.

Entre as principais ações previstas, destacam-se:

- Implantação e fortalecimento das comissões da unidade de saúde, como a Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência de Saúde (CCIRAS), Núcleo de Qualidade Segurança do Paciente (NQSP), Comissão de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários, entre outras, com reuniões periódicas e planos de ação alinhados às metas institucionais;
- Elaboração e revisão de protocolos e manuais institucionais, com base em evidências científicas e normativas vigentes;
- Monitoramento de indicadores de qualidade e segurança, com análise crítica e definição de estratégias corretivas e preventivas;
- Capacitações e treinamentos regulares para as equipes multiprofissionais, com foco em boas práticas, humanização, gestão de risco e atendimento seguro;
- Desenvolvimento de auditorias internas para avaliar a conformidade dos processos assistenciais e administrativos;
- Ações de educação permanente, integrando o Núcleo de Educação Permanente (NEP) à agenda estratégica da qualidade;
- Campanhas de conscientização voltadas para temas como higiene das mãos, prevenção de eventos adversos e comunicação segura.

Essa proposta está alinhada aos princípios do SUS, às normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e às diretrizes da Política Nacional de Segurança do Paciente. Espera-se, com a execução dessas atividades, alcançar maior resolutividade, melhoria da satisfação dos usuários e fortalecimento institucional por meio de uma gestão baseada em evidências, responsabilidade e compromisso com a excelência no cuidado.

A busca por qualidade na atenção à saúde tem sido uma diretriz central nas instituições de saúde, especialmente na gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), cuja responsabilidade vai além da assistência, envolvendo também a gestão eficiente e transparente dos recursos públicos. Nesse contexto, as comissões surgem como instrumentos estratégicos de governança e qualidade, contribuindo diretamente

para a melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos, desempenhando um papel fundamental na organização dos fluxos de trabalho, na produção de informações qualificadas por meio de indicadores, na padronização de condutas e na promoção da segurança do paciente.

A segurança do paciente é um dos pilares fundamentais da qualidade nos serviços de saúde e uma prioridade na atuação das Unidades de Pronto Atendimento. Diante da complexidade e agilidade exigidas no atendimento de urgência e emergência, é essencial adotar medidas que reduzam os riscos de danos evitáveis e promovam uma cultura organizacional voltada à segurança e ao cuidado centrado no paciente.

O NQSP também é responsável pela implementação e gerenciamento de riscos em serviços de saúde é uma estratégia essencial para a promoção da segurança do paciente e da qualidade assistencial. Em unidades como a Unidade Pronto Atendimento, onde os atendimentos ocorrem de forma dinâmica, contínua e com elevada complexidade clínica, torna-se indispensável implementar práticas sistemáticas para identificar, avaliar e controlar os riscos que possam comprometer a integridade dos usuários, profissionais e da própria instituição.

Gerenciar riscos significa adotar ações organizadas e preventivas que visem reduzir a probabilidade de falhas, minimizar danos e promover a melhoria contínua dos processos. Essa abordagem está alinhada às diretrizes da Política Nacional de Segurança do Paciente, instituída pela Portaria MS nº 529/2013, e reforçada pela RDC nº 36/2013 da Anvisa, que exige das instituições de saúde a implantação de um plano de segurança e a estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Na Unidade Pronto Atendimento, os riscos são diversos e podem estar associados a falhas na administração de medicamentos, eventos adversos durante procedimentos, erros de identificação de pacientes, quedas, infecções relacionadas à assistência, exposições ocupacionais, panes em equipamentos, falta de insumos, falhas de comunicação, entre outros. Além disso, riscos de natureza administrativa, estrutural ou tecnológica também podem comprometer a qualidade da assistência.

O processo de gerenciamento de riscos deve ser contínuo e estruturado em etapas: identificação dos riscos, análise e avaliação da probabilidade e impacto, classificação do nível de risco, definição de medidas de controle e prevenção,

implementação das ações corretivas, monitoramento dos resultados e comunicação com as equipes. Para isso, devem ser utilizados instrumentos como matrizes de risco, protocolos de auditoria, fichas de notificação de incidentes, listas de verificação (checklists), relatórios gerenciais e reuniões de análise crítica.

O Núcleo de Segurança do Paciente atua como instância coordenadora desse processo, promovendo campanhas educativas, capacitações, auditorias internas e ações de monitoramento. A participação ativa das equipes multiprofissionais é fundamental para o sucesso da estratégia, devendo ser estimulada uma cultura de notificação voluntária, aprendizado com os erros e responsabilização sistêmica, sem punição individual.

O gerenciamento de riscos deve ser compreendido não como um conjunto isolado de normas, mas como parte integrante da cultura institucional de cuidado, responsabilidade e excelência. Ele fortalece a confiança da população, protege os profissionais, sustentabilidade da instituição e contribui para uma Unidade Pronto Atendimento mais segura, eficiente e humanizada.

Ao implementar um programa de gerenciamento de riscos estruturado, a organização pode não apenas minimizar os efeitos adversos, mas também criar um ambiente de atendimento mais seguro, transparente e eficiente. Com a adoção de medidas preventivas, corretivas e de controle adequadas, a instituição reforça seu compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança, contribuindo para a construção de uma imagem sólida e confiável perante a comunidade.

Neste cenário, a gestão de riscos não se limita apenas aos aspectos operacionais, mas envolve uma abordagem ampla que visa proteger todas as partes envolvidas e assegurar a qualidade do atendimento prestado.

No setor da saúde é uma tarefa complexa que exige a implementação contínua e sistemática de ações, procedimentos e recursos para a identificação, avaliação e controle de riscos e eventos adversos, de forma organizada e contínua de identificar, avaliar, controlar e monitorar riscos no ambiente da unidade de saúde, tanto assistenciais quanto operacionais. A proposta é prevenir falhas e minimizar danos aos pacientes e profissionais, desenvolvidas nas seguintes etapas:

- Gestão de riscos, é o processo de mapear situações que podem causar danos (como quedas, erros de medicação, infecções, falhas de equipamentos, falhas de comunicação, etc.), avaliando sua gravidade e frequência.
- Ações preventivas, são medidas adotadas para evitar que os riscos se concretizem, como treinamento de pessoal, manutenção preventiva de equipamentos, protocolos de segurança, entre outros.
- Ações corretivas, são medidas tomadas após a identificação de um erro ou incidente, visando corrigir a falha, evitar sua repetição e reduzir seu impacto, como revisão de processos, mudanças em fluxos de trabalho, reeducação da equipe, etc.

Essas sistemáticas funcionam de forma integrada com os indicadores: o monitoramento aponta falhas ou tendências e, com base nisso, são planejadas e executadas ações para prevenir ou corrigir problemas.

É essencial que a gestão de riscos seja incorporada de forma transversal e contínua à cultura organizacional, alinhando-se aos valores e práticas da instituição. Isso permite que os riscos sejam mitigados de maneira proativa e integrada, garantindo não apenas a redução dos incidentes, mas também a melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos. Em uma unidade de saúde, a gestão de riscos deve abranger desde a segurança dos pacientes até a proteção dos dados sensíveis, assegurando que todos os processos estejam alinhados com as melhores práticas e normas regulatórias, como:

Identificação e Tratamento de Riscos

O gerenciamento de riscos envolve a identificação e a análise cuidadosa dos riscos potenciais, sejam eles operacionais, financeiros, clínicos ou de segurança. Isso inclui riscos relacionados à falta de recursos adequados, falhas tecnológicas, erros médicos, contaminação ambiental, riscos de incêndio e outros incidentes que possam comprometer a integridade das pessoas e a qualidade do atendimento. Além disso, a gestão de riscos deve avaliar os impactos desses eventos no funcionamento da instituição, na experiência do paciente e no bem-estar dos profissionais de saúde.

Com uma abordagem eficiente e inclusão de medidas preventivas, corretivas e de controle, para minimizar a ocorrência de eventos adversos. Essas medidas podem incluir desde treinamentos contínuos para os profissionais de saúde, implementação

de protocolos rigorosos de segurança e o uso de tecnologias para monitoramento de riscos em tempo real. A comunicação eficaz sobre os riscos é fundamental para garantir que todos os envolvidos, desde os gestores até os colaboradores e pacientes, estejam cientes das medidas de segurança e saibam como agir em caso de incidentes.

Implantação do Programa de Gerenciamento de Riscos

A implantação de um programa de gerenciamento de riscos é um processo lógico e sistemático. Inicialmente, identificamos todos os riscos potenciais e quantificamos, para determinar quais apresentam maior probabilidade de ocorrência e maior impacto no atendimento. Em seguida, deve-se realizar uma análise detalhada do impacto desses riscos nos processos assistenciais, garantindo que as medidas preventivas sejam eficazes e implementadas de maneira assertiva.

A comunicação e o envolvimento da equipe são cruciais para o sucesso do programa, envolvendo a criação de uma cultura de segurança, onde todos os membros da organização, dos gestores aos profissionais de saúde, são incentivados a identificar e relatar riscos identificando e as ações corretivas de forma transparente e contínua, assegurando que a organização como um todo esteja comprometida com a segurança e a qualidade no atendimento.

Riscos Institucionais e Imagem da Organização

Além dos riscos operacionais e clínicos, são mapeados também riscos institucionais que afetam diretamente a imagem e a reputação da organização. Esses riscos podem incluir falhas na comunicação com a comunidade, não conformidades com regulamentos de saúde, incidentes que gerem desconforto público, como epidemias ou crises de segurança, e a má gestão de crises internas. A gestão eficaz desses riscos não só assegura um ambiente mais seguro, mas também fortalece a confiança da comunidade na instituição, promovendo a imagem da organização como um centro de excelência e compromisso com a saúde pública.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos, reuniões e metas da NQSP.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Médico	1	Profissional Medico designado pelo Diretor Técnico da Instituição.
Representante da NQSP/ NEP	1	Profissional Enfermeiro, que atua no NQSP/NEP da Instituição.
Representante da SCIRAS	1	Profissional Enfermeiro, que atua no SCIRAS da Instituição.
Farmacêutico	1	Profissional Farmaceutico no Serviço de Farmácia preferêncialmente o farmacêutico RT da Instituição.
Administrativo	1	Profissional Gestor de Facilitis, que atua na Instituição.
Administrativo	1	Profissional com atuação em área Administrativa, que represente a Direção da Instituição.

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Implementar, coordenar, monitorar e avaliar ações voltadas à melhoria contínua da qualidade assistencial e à segurança do paciente
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Periodicidade das Reuniões	Mensal, com data a ser definida e fixada no cronograma anual da Comissão e ou extraordinária sempre que necessário
Fonte de Auditoria	Auditorias e validação da efetividade dos documentos implementados (Protocolos/ POPs, etc.); Monitoramento dos Indicadores, planos de ação, ciclos de melhoria.
Meta Inicial	Comissão implantada em até 03 meses , após inicio da gestão.
Meta Permanente	Reunião mensal e ou extraordinária com identificação e analise críticas dos casos e indicadores, monitoramento das ações e soluções propostas.

O funcionamento da NQSP ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO INTERNO DO NQSP

Implementação das Metas de Segurança do Paciente, sejam efetivamente implantadas, é fundamental que a instituição de saúde adote uma abordagem integrada e envolva todos os níveis hierárquicos, da alta gestão aos profissionais de linha de frente. Isso inclui o desenvolvimento de uma cultura de segurança, a realização de treinamentos contínuos, a utilização de tecnologias de apoio, o monitoramento constante dos resultados e a realização de melhorias contínuas com base em dados de desempenho, proporcionando uma assistência de saúde mais segura, reduzindo os erros assistenciais e os eventos adversos, e criar um ambiente mais seguro tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde_____ é uma entidade de Direito Público (Privado), constituída juridicamente como Sociedade Civil, prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade de _____, Estado _____, administrada pela _____.

Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), que normatiza e oferece diretrizes de organização e seu relacionamento na unidade de saúde.

CAPÍTULO I - DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é instância de caráter permanente de assessoria a da unidade de saúde _____, vinculado à Diretoria Geral, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da qualidade e segurança do paciente, segundo RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013 que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde, por meio do processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Art. 2º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II - Cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV - Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;

V - Garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI - Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII - Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - Núcleo de qualidade e segurança do paciente (NQSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX - Plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - Serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII - Tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Art. 3º O NQSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

V – Implementar as diretrizes estabelecidas pelo NQSP-Central.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º O diretor geral do serviço de saúde deve constituir o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura existentes para o desempenho das atribuições do NQSP.

Art. 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NQSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

I - Recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II - Um profissional responsável pelo NQSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º Compete ao NQSP:

I - Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - Compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Art. 7º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

I - Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II - Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III - Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV - Identificação do paciente;

V - Higiene das mãos;

VI - Segurança cirúrgica;

VII - Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX - Segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

XI - Prevenção de quedas dos pacientes;

XII - Prevenção de úlceras por pressão;

XIII - Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV - Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI - Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;

XVII - Promoção do ambiente seguro.

CAPÍTULO III - DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS E DO MONITORAMENTO

Art. 8º O monitoramento dos incidentes e eventos sentinela/ adversos será realizado pelo Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

Art. 9º A notificação dos eventos adversos/ sentinela, deve ser realizada mensalmente pelo NQSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.

Parágrafo único - Os eventos adversos/ sentinela que evoluírem para óbito devem ser notificados para ANVISA em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Art. 10º A classificação, investigação e tratativa dos eventos adversos/ sentinela, devem ser realizados pelo NQSP, conforme diretrizes e formulários disponibilizados pelo NQSP- Central.

CAPÍTULO IV - DOS COMPONENTES E DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11º O NQSP da unidade de saúde_____ deve ser constituído por uma equipe multiprofissional formalmente indicada pela diretoria geral da unidade de saúde.

Art. 12º O NQSP deve ser composto minimamente pelo diretor geral e o gestor do NQSP, contando com a equipe multiprofissional como consultoria, quando necessário.

O NQSP da unidade de saúde _____ é composto pelos membros que seguem:

I – Diretor Geral;

II – Gestor da Qualidade;

III – Membros Consultores:

a. Serviço Médico;

b. Serviço de Enfermagem;

c. Serviço de Farmácia;

d. Serviço de Nutrição;

e. Administração.

Parágrafo único - Os membros do NQSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pelo diretor geral, mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

I- Por iniciativa própria;

II- Por provocação escrita, devidamente fundamentada;

III- A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

Art. 13º Compete ao Gestor Geral, enquanto membro patrocinador do NQSP:

I. Apoiar a implantação do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente;

II. Elaborar e disseminar o processo de implantação e manutenção do NQSP;

III. Constituir o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

IV. Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NQSP;

V. Proporcionar e estimular a integração entre os diversos setores do ambiente da unidade de saúde visando a notificação e investigação imediata quando da suspeita da ocorrência de agravos;

VI. Presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias do NQSP.

Art. 14º Compete ao Gestor do NQSP:

I. Receber, registrar, distribuir, expedir e arquivar documentos e processos;

II. Protocolar documentos recebidos ou enviados pelo NQSP;

III. Digitar textos, memorandos e comunicados referentes ao NQSP;

IV. Elaborar as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do NQSP;

V. Viabilizar, organizar e aplicar treinamentos, palestras e cursos;

VI. Realizar auditorias internas nas unidades assistenciais, para avaliação de situações de risco;

VII. Participar da classificação, investigação, tratativa e divulgação dos dados referentes aos eventos adversos/ sentinelas;

VIII. Orientar os demais profissionais da instituição quanto a condutas pertinentes relacionadas a eventos adversos/ sentinela;

IX. Difundir orientações e medidas de prevenção de eventos adversos/ sentinelas.

X. Participar da elaboração/ validação de instruções de trabalho e outros documentos relacionados ao contexto;

XI. Mapear e gerenciar riscos de forma preventiva;

XII. Desenvolver as áreas para o processo de Acreditação Hospitalar;

XIII. Gerenciar o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU);

XIV. Incentivar a Gestão por Processos (Mapeamento, Indicadores e Ações de Melhoria);

XV. Estimular a Gestão Integrada (Planejamento e Desempenho);

XVI. Atender aos compromissos do NQSP-Central.

Art. 15º Compete aos Membros Consultores do NQSP:

I. Participar da elaboração/ validação de instruções de trabalho e outros documentos relacionados ao contexto;

II. Participar da classificação, investigação, tratativa e divulgação dos dados referentes aos eventos adversos/ sentinelas, quando convocados.

III. Atender as questões éticas e de confidencialidade das informações.

Art. 16º O NQSP se reunirá, no mínimo, mensalmente.

CAPÍTULO XI - DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 17º O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura do Diretor Geral.

Art. 18º Os casos omissos neste Regimento serão tratados pelo Gestor Geral da Unidade de Saúde.

APROVAÇÃO

_____

Data: _____/_____/_____

Gestor Geral

_____

Data: _____/_____/_____

Responsável NQSP

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO NQSP				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Diagnóstico Inicial da Qualidade e Segurança	Levantamento das práticas assistenciais, incidentes, protocolos existentes e riscos associados	Diretoria Técnica Médica / Equipe de Enfermagem / Farmácia / Núcleo de Vigilância	30 dias	Relatório diagnóstico da situação da UPA
Definição da Composição Multidisciplinar do NQSP	Nomeação de membros com representação mínima da assistência, farmácia, enfermagem, gestão e vigilância	Gestão Geral	60 dias	Portaria de designação elaborada
Elaboração do Ato de Nomeação	Formalização da criação da comissão por ato administrativo interno	Gestão Geral	75 dias	Portaria assinada e publicada
Elaboração do Regimento Interno do NQSP	Definição das competências, estrutura, periodicidade das reuniões e forma de deliberação	NQSP	90 dias	Regimento aprovado e arquivado
Capacitação dos Membros do NQSP	Treinamento sobre RDC 36/2013, metas internacionais de segurança, gestão de riscos, notificação de incidentes	Gestor da Qualidade/ NEP	90 dias	100% dos membros capacitados
Elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP)	Construção do PSP contendo metas, indicadores, ações e protocolos de segurança prioritários	NQSP/ Direção Técnica Médica	120 dias	Plano de Segurança do Paciente estruturado
Reunião Oficial do NQSP	Instalação formal do núcleo, validação do PSP e cronograma de ações	NQSP/ Gestão Geral	120 dias	Ata da reunião e aprovação do plano
Implantação das Metas Internacionais de Segurança	Adesão e disseminação das 6 metas internacionais de segurança do paciente	NQSP + Equipe Multiprofissional	120 dias	Metas institucionalizadas com treinamentos e protocolos
Estruturação do Processo de Notificação de Incidentes	Definição de fluxo para notificação interna e externa (Notivisa/Sinan) de eventos adversos	NQSP + Núcleo de Epidemiologia	120 dias	Fluxograma implantado e equipe treinada
Monitoramento Contínuo com Indicadores e Ações de Melhoria	Reuniões mensais do NQSP, auditorias internas, e devolutiva dos resultados à gestão e equipe	NQSP	Mensal	Indicadores consolidados e ações corretivas implementadas

Em Anexo 03: Modelo de Manual de Segurança do Paciente e Protocolo das Metas de Segurança do Paciente a ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição

3.1.11 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Unidade de Pronto Atendimento (Hospitalar)

O fortalecimento das medidas de enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), decorrente da pandemia de COVID-19, é uma prioridade nas unidades que integram a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH). Neste contexto, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) da UPA constitui-se como integrante e referência regional da RENAVEH, consolidando-se como um eixo estratégico na vigilância, controle e resposta a agravos de notificação compulsória.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) devido ao surto do novo coronavírus, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI/2005).

No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020, por meio da Portaria nº 188/2020, o Ministério da Saúde decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) diante da gravidade e complexidade da pandemia de COVID-19. Essa decisão mobilizou os entes federativos a fortalecerem suas estruturas de vigilância e resposta, inclusive no nível hospitalar.

Em 20 de março de 2020, o Decreto Legislativo nº 6/2020 reconheceu o estado de calamidade pública no país, reforçando a necessidade de uma atuação coordenada entre os serviços de saúde e a gestão pública, com ênfase nas ações de vigilância epidemiológica e notificação oportuna.

No primeiro trimestre de 2020, o estado de São Paulo foi fortemente impactado pela pandemia. A UPA ao ser inserida nesse contexto, sua capacidade de atendimento e força de trabalho deve manter o padrão exigido de notificação em até 24 horas nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde.

O NVE será responsável por toda a vigilância epidemiológica no âmbito da UPA, o que inclui a identificação, investigação, monitoramento e notificação oportuna de agravos de notificação compulsória e outras condições de interesse em saúde pública, assegurando a qualidade e a continuidade do fluxo de informações.

As informações geradas pelo NVE serão regularmente repassadas às instâncias superiores do Sistema Único de Saúde (SUS) – Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde – contribuindo para a análise situacional e a tomada de decisão em todos os níveis da gestão pública em saúde.

Além da vigilância convencional, o NVE atuará em outras frentes de relevância estratégica, como:

- Subsidiar o planejamento assistencial e gerencial da Unidade Pronto Atendimento;
- Colaborar com estudos e pesquisas epidemiológicas;
- Oferecer apoio técnico à capacitação de equipes assistenciais;
- Realizar apresentações, oficinas e treinamentos com base nos dados epidemiológicos gerados.

Objetivos

1. Implantar o NVE com foco na vigilância contínua e qualificada dos agravos de notificação compulsória, especialmente diante do aumento da demanda ocasionado pela pandemia de COVID-19;
2. Desenvolver e implantar um painel de indicadores epidemiológicos, integrando as bases de dados dos sistemas oficiais utilizados na unidade;

3. Estruturar sistemas de integração de dados entre os setores da UPA, otimizando a coleta e análise das informações epidemiológicas;

4. Realizar a capacitação permanente das equipes técnicas da UPA para análise, interpretação e utilização de bases de dados epidemiológicos.

Nota: O NVE atuará juntamente com a CCIRAS.

O funcionamento da NVE ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NVE) DA UPA

CAPÍTULO I – CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º – O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) da UPA, constitui-se como unidade técnica de assessoramento institucional, vinculado à gestão da unidade e articulado com os serviços de vigilância epidemiológica municipal e estadual, com a finalidade de planejar, coordenar, executar e monitorar ações de vigilância epidemiológica no âmbito da UPA.

Art. 2º – O NVE tem por objetivos:

I – Detectar, notificar e investigar, de forma precoce e oportuna, os casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC), eventos inusitados e condições de interesse em saúde pública;

II – Implantar e manter rotinas de vigilância ativa, registro e análise dos dados epidemiológicos da UPA;

III – Implementar medidas de prevenção, controle e contenção de surtos, quando identificados;

IV – Subsidiar a tomada de decisões clínicas, assistenciais e gerenciais com base nos dados produzidos;

V – Integrar-se aos sistemas de vigilância em saúde locais, estaduais e nacionais, incluindo a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Parágrafo único. O Plano de Trabalho do NVE compreenderá ações de detecção precoce, investigação, monitoramento e resposta aos agravos prioritários, em articulação com os serviços assistenciais e de apoio da UPA.

CAPÍTULO II – ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO

Art. 3º – O NVE será composto por membros consultores e executores, com perfil técnico compatível com as atividades do núcleo.

§1º – Membro consultor: profissional de saúde que contribui tecnicamente com a elaboração do plano de trabalho, discussão de indicadores e integração com os setores. Profissional da equipe multiprofissional (ex: médico, farmacêutico, biomédico, técnico de enfermagem), conforme disponibilidade.

§2º – Membro executor: profissional de nível superior ou técnico que atua diretamente na execução das atividades de vigilância.

Art. 4º – A composição mínima do NVE deverá contemplar, preferencialmente:

I – Enfermeiro designado com formação ou experiência em vigilância em saúde;

Art. 5º – A designação dos membros Consultores será realizada por ato do Gestor Geral da UPA, com mandato de dois anos, podendo ser renovado.

Parágrafo único. As reuniões do NVE ocorreram em conjunto com a CCIRAS.

Art. 6º – A coordenação do NVE será exercida por um enfermeiro, salvo disposição diversa pelo Gestor Geral da Unidade.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS

Seção I – Da Direção Geral da UPA

Art. 7º – Compete à Direção Geral:

I – Instituir formalmente o NVE por ato administrativo;

II – Designar os membros do núcleo e garantir o apoio técnico, físico e operacional;

III – Garantir o acesso do NVE aos sistemas oficiais de notificação e vigilância;

IV – Integrar o NVE aos processos gerenciais da unidade, reconhecendo sua importância estratégica;

V – Apoiar a capacitação permanente da equipe envolvida com a vigilância epidemiológica.

Seção II – Do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE)

Art. 8º – Compete ao NVE:

I – Identificar e notificar, nos sistemas oficiais, todos os casos e óbitos relacionados a doenças e agravos de notificação compulsória;

II – Realizar busca ativa de casos nas áreas assistenciais e administrativas da UPA (sala de observação, consultórios, sala de emergência, recepção, laboratório);

III – Monitorar diariamente os indicadores epidemiológicos da unidade;

IV – Elaborar boletins e relatórios técnicos com análise situacional dos dados;

V – Investigar, em articulação com a vigilância municipal, surtos ou eventos inusitados;

VI – Apoiar a equipe da unidade na adoção de medidas de controle e prevenção;

VII – Promover ações de educação permanente sobre vigilância em saúde com as equipes da UPA;

VIII – Assegurar a qualidade e a completude das notificações em todos os sistemas do SUS.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Art. 9º – Ao Enfermeiro do NVE compete:

I – Coordenar, supervisionar e avaliar as ações do núcleo;

II – Participar dos fóruns técnicos e reuniões com a gestão e a vigilância externa;

III – Encaminhar relatórios periódicos aos níveis superiores;

IV – Garantir a atualização contínua da equipe sobre normativas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde.

Art. 10º – Aos membros do NVE incumbe:

I – Cumprir as atividades técnicas e operacionais estabelecidas no plano de trabalho;

II – Contribuir para a detecção oportuna dos agravos e preenchimento adequado das notificações;

III – Participar de reuniões e capacitações internas e externas;

IV – Manter sigilo e ética na manipulação dos dados e informações sensíveis.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11º – A substituição ou desligamento de membros do NVE poderá ser realizada por justificativa técnica ou administrativa, mediante comunicação formal do Gestor Geral.

Art. 12º – Os casos omissos neste Regimento serão analisados pela equipe do NVE, com deliberação conjunta do Gestor Geral da UPA.

Art. 13º – Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Gestor Geral da UPA, podendo ser revisado sempre que necessário.

Este Regimento foi aprovado na data de ____/____/____, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de avaliar e revisar regras e condutas em segurança do trabalho da Instituição.

_____

Gestor Geral da UPA

_____

Enfermeiro NVE

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO NVE				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Diagnóstico Situacional em Vigilância	Levantamento da capacidade instalada, notificações existentes, sistemas ativos e rotina da UPA em agravos de notificação compulsória	Diretor Técnica Médico/ Gestão Assistencial/ CCIRAS	30 dias	Relatório situacional de vigilância
Designação da Equipe Técnica do NVE	Indicação de pelo menos 1 profissional de referência e apoio técnico multidisciplinar para compor o núcleo	Gestor Geral/ Diretor Técnica Médico/ Gestão Assistencial/ CCIRAS	60 dias	Equipe definida e nomeada
Elaboração do Ato de Nomeação	Formalização da criação da comissão por ato administrativo interno	Gestão Geral	75 dias	Portaria publicada e arquivada
Elaboração do Regimento Interno do NVE	Documento que define missão, competências, fluxos, obrigações legais e estrutura operacional do núcleo	NVE/ Gestão Geral	90 dias	Regimento interno aprovado
Capacitação da Equipe do NVE	Treinamento sobre SINAN, Notivisa, e-SUS VE, eventos de notificação compulsória, surtos e fichas de investigação	Responsável NVE / SES / SMS	90 dias	Certificados de capacitação emitidos
Articulação com a Vigilância Municipal e Estadual	Reunião formal para definir pactos de cooperação, referência técnica e fluxo de envio de notificações e investigações	NVE/ Coordenação de Vigilância Municipal	90 dias	Termo de alinhamento e fluxo intersetorial definidos
Reunião do NVE com Apresentação do Plano de Ação	Apresentação das metas, rotinas, cronograma e protocolo de vigilância para a equipe técnica da UPA	NVE/ Gestão Geral	90 dias	Ata da reunião e plano de ação aprovado
Implantação de Protocolos de Notificação e Investigação	Padronização de fichas, fluxogramas, formulários e instrumentos de vigilância conforme exigências do MS e SMS	NVE/ Equipe Assistencial	90 dias	Protocolos implantados e divulgados
Início da Atuação Ativa do NVE	Atuação efetiva na notificação, investigação, resposta a surtos e elaboração de boletins semanais/mensais	NVE	90 dias	Vigilância ativa e notificações em dia
Avaliação Contínua e Devolutiva Interna	Monitoramento mensal de agravos, reuniões periódicas e relatórios de análise com devolutiva à gestão e coordenação	NVE / Coordenação Técnica	Mensal	Indicadores de vigilância atualizados

*O NVE estará sob responsabilidade da SCIRAS.

3.1.12 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

Desempenha um papel essencial na organização e otimização do fluxo de pacientes dentro das unidades de saúde. Sua principal função é coordenar, regular e monitorar o acesso aos serviços da unidade de saúde, garantindo a organização e eficiência no atendimento. O NIR visa assegurar que os pacientes sejam encaminhados para os serviços mais adequados conforme a complexidade de seu caso, respeitando os critérios clínicos, administrativos e regulatórios estabelecidos.

A implementação eficaz do Núcleo Interno de Regulação contribui para a organização e otimização do atendimento da unidade de saúde, garantindo que os recursos da unidade de saúde sejam utilizados de forma eficiente, que os pacientes recebam cuidados adequados com base na gravidade de seus casos e que os fluxos de entrada e saída de pacientes sejam gerenciados de maneira eficaz. O NIR é fundamental para melhorar a qualidade do atendimento, reduzir o tempo de espera e promover a segurança dos pacientes.

1**.** Estruturação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) deve ser feita de forma integrada, com uma equipe de profissionais capacitados e dotados de ferramentas para gerenciar o fluxo de pacientes. A equipe do NIR deve ser composta por:

- Coordenador do NIR**:** Responsável pela supervisão geral e articulação com outros serviços da unidade de saúde.
- Equipe Administrativa e Operacional: Responsável pelo agendamento, recepção, comunicação e monitoramento dos pacientes no processo de regulação.
- Sistemas de TI e Ferramentas de Monitoramento: Tecnologia da informação para otimizar os processos de regulação e garantir que o fluxo de pacientes seja acompanhado em tempo real.

2. As ações do Núcleo Interno de Regulação, deverá estar focada em promover a gestão eficiente dos pacientes, coordenando os serviços de forma que todos os recursos da unidade de saúde sejam utilizados de maneira otimizada, reduzindo filas e evitando desperdícios.

2.1 Coordenação e Fluxo de Pacientes

- Abertura de leitos**,** responsável por fazer a regulação interna de leitos, gerenciando a ocupação de acordo com a gravidade dos casos e as necessidades de cada paciente. A prioridade é garantir que pacientes com maior risco e complexidade recebam atendimento adequado, enquanto o fluxo é equilibrado para evitar sobrecarga.
- Encaminhamento para especialidades**,** realiza a triagem e o encaminhamento de pacientes para as diferentes especialidades da Instituição, garantindo que os pacientes sejam atendidos pela equipe médica mais indicada para o seu caso, conforme protocolos clínicos e critérios definidos.
- Integração com emergência**,** coordenar a alocação de pacientes com diagnósticos de especialidades, emergência e UTI, sempre priorizando os casos mais graves com o central de regulação de pacientes.
- Transporte interno de pacientes**,** coordenação do transporte interno e externo de pacientes, facilitando a mobilidade e o acesso a exames e tratamentos especializados.

2.2 Monitoramento e Acompanhamento Contínuo

- Acompanhamento de desempenho**,** utilizando indicadores de desempenho (como tempo de espera, tempo de internação, tempo de resposta das especialidades), o NIR deve monitorar constantemente o desempenho do fluxo de pacientes, garantindo a melhoria contínua no processo de regulação.
- Avaliação e priorização**,** contínua de pacientes com base na gravidade de suas condições, conforme protocolos clínicos e de emergência. Em situações de emergência ou surtos, o NIR deve agir rapidamente para garantir a alocação de leitos e recursos conforme as necessidades clínicas.

2.3 Integração com Outros Setores

- Comunicação com setores externos e integração com o Sistema de Regulação Municipal ou Estadual também otimizando o fluxo de pacientes e serviços.
- Comunicação fluida com a administração da unidade de saúde, equipes médicas e de enfermagem, garantindo que todas as informações sobre a disponibilidade de leitos, especialidades e urgências sejam compartilhadas de forma rápida e eficiente.

- Relacionamento com pacientes e familiares, desempenhando papel fundamental na comunicação com os pacientes e seus familiares, garantindo que todas as necessidades de informações sobre o andamento da internação e transferências internas sejam esclarecidas de forma transparente.

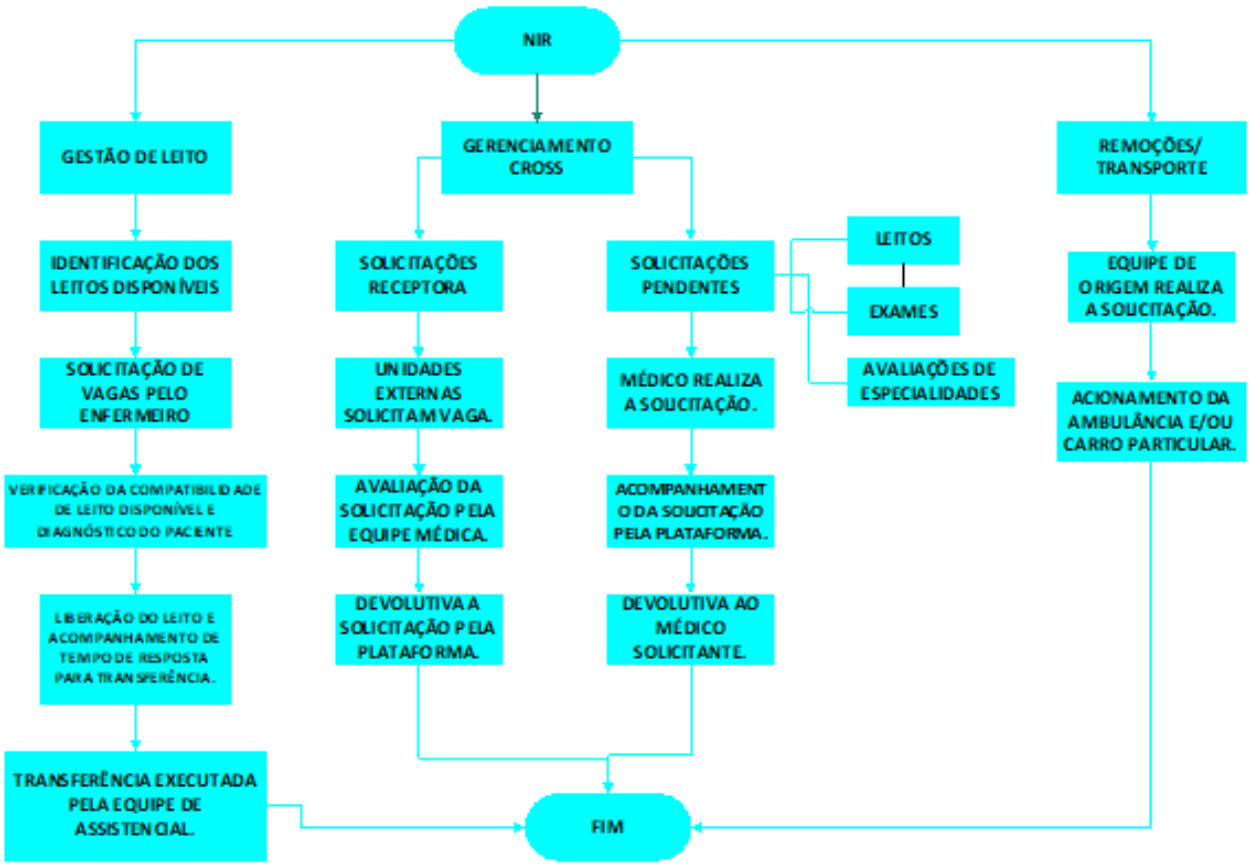
2.4 Protocolos e Diretrizes de Regulação

- Desenvolvimento de protocolos e diretrizes clínicas, que orientem a regulação de pacientes de forma padronizada. Esses protocolos podem incluir critérios de gravidade, prioridades de internação e transferência entre unidades da unidade de saúde.
- Padronização de processos de regulação, para que a tomada de decisão seja objetiva, transparente e com base em evidências clínicas. Isso inclui a definição de critérios claros para a alocação de recursos como leitos de UTI, leitos de internação e disponibilidade de exames e tratamentos especializados.

2.5 Educação e Capacitação da Equipe

- Capacitação contínua atualizando os protocolos de regulação, uso de sistemas de informação e novas diretrizes relacionadas à gestão de leitos e serviços hospitalares.
- Gestão de fluxo**,** desenvolvendo as competências relacionadas à gestão de fluxo de pacientes, como priorização de atendimentos e estratégias para otimizar a utilização de recursos da unidade de saúde.

Fluxo: Núcleo Interno de Regulação (NIR)



*Horário de funcionamento: 24 horas, todos os dias da semana.

* Este fluxo poderá ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição.

O funcionamento da NIR ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º – Este Regimento Interno estabelece as normas de organização, funcionamento e atribuições do Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Unidade de Pronto Atendimento.

Art. 2º – O NIR é uma instância técnico-assistencial de caráter estratégico, vinculado à Direção Técnica da unidade, responsável por coordenar, organizar e

monitorar os fluxos de acesso aos serviços assistenciais de maior complexidade, promovendo a articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

CAPÍTULO II – DOS OBJETIVOS

Art. 3º – O NIR tem como objetivos:

I – Garantir a adequada regulação da assistência aos usuários no âmbito da unidade;

II – Otimizar o uso dos leitos de observação e recursos disponíveis na UPA;

III – Organizar e monitorar as solicitações de internações, transferências e encaminhamentos;

IV – Promover o fluxo eficiente e seguro dos pacientes para os demais pontos da rede;

V – Apoiar a Direção Técnica na análise de indicadores assistenciais e tomada de decisões regulatórias.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º – O NIR será composto por uma equipe multiprofissional, designada por ato da Direção Técnica, podendo incluir:

I – Médico da unidade da Unidade Pronto Atendimento;

II – Enfermeiro (preferencialmente com experiência em urgência/emergência);

III – Profissionais de apoio técnico ou consultores conforme necessidade e escala.

Parágrafo único: A composição e escala deverão garantir cobertura ininterrupta (24 horas) e comunicação contínua com a Regulação Municipal/Estadual.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º – Compete ao NIR:

I – Avaliar as solicitações de transferência de pacientes com base em critérios clínicos e prioridade de risco;

II – Interagir com a Central de Regulação Municipal/Estadual para encaminhamentos de maior complexidade;

III – Registrar todas as solicitações, acompanhamentos e respostas em sistema apropriado (ex: SISREG, SER, formulários internos);

IV – Monitorar o tempo de permanência dos pacientes em observação e propor medidas para fluxos resolutivos;

V – Elaborar relatórios regulares de desempenho do acesso e encaminhamentos;

VI – Participar da elaboração de protocolos de regulação clínica e fluxos internos assistenciais;

VII – Atuar em articulação com os setores médico, enfermagem, recepção, ambulância e gestão da unidade;

VIII – Manter prontuário e documentação completa das decisões e interações regulatórias realizadas.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º – O NIR funcionará de forma contínua, 24 horas por dia, com escala estabelecida pela Gestão Administrativa.

Art. 7º – As atividades do NIR deverão seguir diretrizes clínicas baseadas em evidências e priorizar a regulação por critérios de risco, necessidade e equidade de acesso.

Art. 8º – O NIR deverá utilizar instrumentos de registro padronizados, assegurando a rastreabilidade das decisões.

Art. 9º – A comunicação com a Regulação Externa deve ser prioritária, clara, objetiva e fundamentada em informações clínicas completas e atualizadas.

CAPÍTULO VI – DOS INDICADORES E AVALIAÇÃO

Art. 10 – O NIR deverá manter controle mensal dos seguintes indicadores mínimos:

I – Número de solicitações de regulação realizadas;

II – Tempo médio de permanência na observação;

III – Taxa de retorno por ausência de encaminhamento;

IV – Tempo médio de resposta da Central de Regulação;

V – Índice de ocupação de leitos de observação;

VI – Taxa de encaminhamento resolutivo.

Art. 11 – Os dados devem ser consolidados e apresentados à Direção Técnica e à Gestão Administrativa mensalmente, com proposta de melhorias quando necessário.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12 – O presente Regimento poderá ser atualizado conforme necessidade institucional, orientações da Secretaria Municipal de Saúde e novas normativas do Ministério da Saúde.

Art. 13 – Casos omissos ou situações excepcionais serão avaliados pela Direção Técnica, com parecer do NIR e validação pela gestão administrativa.

Art. 14 – Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, revogando disposições anteriores em contrário.

Este Regimento foi aprovado na data de ____/____/____, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de avaliar e revisar regras e condutas em segurança do trabalho da Instituição.

_____

Gestor Geral da UPA

_____

Responsável NIR

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO NIR				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO/ INDICADORES**
Planejamento Inicial	Elaboração do projeto de implantação do NIR	Gestor Geral / Responsável NIR	30 dias	Definição do escopo, metas e objetivos
	Aprovação e pactuação com da OSS (com as unidades referenciadas)	Gestor Geral / Responsável NIR	30 dias	Alinhamento institucional
Estruturação Física e Tecnológica	Identificação e adequação do espaço físico para o NIR	Gestor Geral / Responsável NIR/ Manutenção	30 dias	Sala exclusiva ou compartilhada com privacidade
	Instalação de equipamentos (computadores, linha telefônica, internet)	TI / Suporte Técnico	20 dias	Sistemas interligados com regulação externa
Composição da Equipe	Definição de equipe mínima	RH - DP / gestor Geral	20 dias	**Indicador:** % de cargos preenchidos para o NIR
	Treinamento e capacitação dos processos do NIR	Gestor Assistencial / Educação Permanente	45 dias	**Indicador:** % de profissionais capacitados
Elaboração e Validação de Protocolos	Criação dos fluxos e critérios de regulação interna	Gestor Assistencial / Gestor Facilitis/ Médico RT/ NIR / NQSP	60 dias	**Indicador:** Nº de fluxos operacionais validados
	Validação junto à equipe multidisciplinar da UPA	Gestor Assistencial / Gestor Facilitis/ Médico RT/ NIR / NQSP	60 dias	Adoção institucional dos fluxos
Integração com a Rede	Reunião com hospitais de referência e Central de Regulação	Gestor Assistencial / NIR	30 diads	**Indicador:** Nº de pactuações efetivadas com a rede
	Testes de comunicação com os pontos de referência	Coordenação / TI	30 dias	Comunicação ativa testada
Implantação Operacional	Início da atuação do NIR em regime piloto	NIR / Gestão Assistencial	20 dias	**Indicadores:** • Tempo médio de regulação • % de solicitações atendidas pela Central • Nº de pacientes aguardando regulação por >6h
	Avaliação das intercorrências e ajustes	NIR / Gestão Assistencial	30 dias	Reunião de análise crítica
Avaliação e Consolidação	Reunião de avaliação dos primeiros 30 dias	Gestor Assistencial / Gestor Facilitis/ Médico RT/ NIR / NQSP	45 dias	**Indicadores:** • Tempo médio de permanência na UPA • Taxa de ocupação dos leitos de observação • % de internações evitáveis • Nº de transferências efetivadas via regulação
	Consolidação e institucionalização do NIR na UPA	Gestor Assistencial / Gestor Facilitis/ Médico RT/ NIR / NQSP	90 dias	Inclusão no Regimento Interno.

3.1.13 Comissão de Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Neonatais.

As Unidades de Pronto Atendimento integram a Rede de Atenção às Urgências (RAU) do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconizado pela Portaria nº 1.600/2011 do Ministério da Saúde. Estas unidades têm como finalidade oferecer atendimento de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e os serviços hospitalares de maior porte, com foco no atendimento de urgências e estabilização de pacientes.

Dessa forma, a UPA não realiza internações prolongadas, partos ou atendimentos obstétricos regulares, nem mantêm unidades de cuidados neonatais ou maternos-especializados. O atendimento a gestantes e recém-nascidos nestas unidades ocorre apenas em caráter emergencial, com imediata estabilização e transferência para hospitais de referência obstétrica e neonatal, conforme os protocolos da Rede Cegonha (Portaria GM/MS nº 1.459/2011).

Além disso, a Portaria GM/MS nº 72/2010, que estabelece diretrizes para a Comissão de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis, determina que essas

comissões devem ser instituídas prioritariamente em hospitais de referência com serviços obstétricos e neonatais, e nas instâncias municipais e estaduais de vigilância em saúde, onde haja capacidade técnica e epidemiológica para a análise dos óbitos.

Com base nisso, é improcedente implantar essa comissão em uma UPA, uma vez que: Não há perfil assistencial para acompanhamento gestacional, parto ou cuidado neonatal especializado; a unidade de saúde não é notificadora primária desses tipos de óbitos, cabendo a notificação à Vigilância Epidemiológica municipal e às maternidades; a análise de óbitos maternos, fetais e neonatais é responsabilidade da Vigilância em Saúde local, por meio de comissões específicas instituídas em hospitais de referência e nos níveis municipais/estaduais de saúde pública, conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 511/2000 e complementações posteriores.

Portanto, eventuais ocorrências envolvendo gestantes, parturientes, fetos ou neonatos na UPA sejam prontamente registradas e notificadas à Vigilância Epidemiológica, conforme previsto na Portaria nº 1.271/2014, que trata da notificação compulsória de eventos de saúde pública.

3.2 OUTRAS COMISSÕES QUE PROPUSER NA PROPOSTA DE TRABALHO

3.2.1 Grupo Técnico Humanização (GTH)

A Grupo Técnico de Humanização (GTH) é um órgão colegiado de caráter consultivo, propositivo e mobilizador, instituído no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento, com o objetivo de promover a consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH) no cotidiano das práticas assistenciais, gerenciais e institucionais.

Sua função é fomentar ações que promovam o acolhimento qualificado, o respeito à dignidade dos usuários, o fortalecimento dos vínculos entre equipes e pacientes, e a valorização dos trabalhadores da saúde, integrando diferentes setores da unidade e buscando a melhoria contínua da qualidade do cuidado e das relações humanas.

Atribuições da GTH na Unidade Pronto Atendimento terá as seguintes atribuições:

- Promover a cultura da humanização na unidade, estimulando práticas que fortaleçam o cuidado centrado no usuário, o trabalho em equipe e a ética nas relações institucionais.
- Elaborar e acompanhar o Plano de Ações de Humanização, alinhado às diretrizes da PNH e às necessidades locais da Unidade Pronto Atendimento, definindo prioridades, metas e cronogramas.
- Implementar e fortalecer práticas de acolhimento com classificação de risco, garantindo escuta qualificada, atenção integral e resolutividade no atendimento.
- Propor melhorias nos ambientes físicos e nos fluxos assistenciais, tornando-os mais acessíveis, acolhedores e seguros para usuários, acompanhantes e trabalhadores.
- Incentivar ações de escuta ativa e participação dos usuários, por meio de canais de comunicação, ouvidoria, pesquisas de satisfação e outros instrumentos de avaliação.
- Apoiar a valorização e o cuidado com os trabalhadores, promovendo espaços de escuta, rodas de conversa, gestão participativa, ações de saúde mental e prevenção de adoecimento.
- Articular-se com outras comissões e setores institucionais, como a CIPA, o SESMT, o Núcleo de Segurança do Paciente, o NIR, o serviço social, a enfermagem e a recepção, para integrar ações e evitar sobreposição de atividades.
- Sensibilizar e capacitar as equipes da UPA sobre os princípios e dispositivos da humanização, por meio de oficinas, rodas de diálogo e momentos educativos permanentes.
- Monitorar e avaliar os indicadores de humanização, como tempo de espera, taxa de reclamações, grau de satisfação dos usuários, ações educativas realizadas e ambientes humanizados.
- Elaborar relatórios periódicos de suas atividades, encaminhando sugestões ao Gestor Geral e à Sede Administrativa da OSS para subsidiar decisões e melhorias.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos, reuniões e metas da GTH.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Enfermeiro(a)	1	Profissional da assistência, com atuação direta no acolhimento e classificação de risco
Médico(a)	1	Médico plantonista ou coordenador, com perfil colaborativo e interesse em humanização
Assistente Social	1	Profissional com experiência em escuta qualificada e relações com usuários/famílias
Técnico de Enfermagem	1	Profissional da linha de frente, com vivência prática nos fluxos assistenciais
Recepcionista	1	Representante do primeiro contato com o usuário, com perfil comunicativo e empático
Apoio/Serviços Gerais	1	Representante dos serviços de apoio, com visão das condições do ambiente institucional
Representante Administrativo	1	Profissional com função administrativa de articulação entre gestão e comissão da

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Implementar, coordenar, monitorar e avaliar ações voltadas à humanização do paciente na unidade de saúde.
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Periodicidade das Reuniões	Mensal, com data a ser definida e fixada no cronograma anual da Comissão e ou extraordinária sempre que necessário
Fonte de Auditoria	Atas de reuniões, relatórios de ações, pesquisas de satisfação, ouvidoria
Meta Inicial	Constituição formal da comissão e elaboração do plano de ação em 90 dias
Meta Permanente	Manter atuação contínua com pelo menos 1 ação de humanização/mês implementada ações e soluções propostas.

O funcionamento da GTH ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

REGIMENTO INTERNO DA GRUPO TÉCNICO DE HUMANIZAÇÃO

CAPITULO I -DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Grupo Técnico de Humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais da instituição, bem como da orientação e educação em saúde para a sociedade.

Art. 2º - Atender a Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS, que busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Art. 3º - O Grupo Técnico de Humanização (GTH), tem por finalidade atender:

I. Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços de saúde mais humanizados;

II. Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização do serviço de saúde.

III. Examinar propostas e denúncias sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais no estabelecimento.

IV. Liderar o processo de humanização no serviço de saúde;

V. Promover uma ação conjunto da administração do serviço de saúde e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços;

VI. Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores;

VII. Promover fluxo de propostas e deliberações;

VIII. Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

IX. Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda serão desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos;

X. Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços;

XI. Promover a participação da unidade de saúde na rede nacional de humanização;

XII. Desenvolver ações junto à sociedade de prevenção e educação em saúde.

CAPITULO II - DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º **–** O Grupo Técnico de Humanização (GTH) terá a seguinte composição:

Presidente, Vice-Presidente Secretário, Membros Ordinários: Agentes da Humanização, escolhidos por indicação do Gestão Geral, preferencialmente das áreas: serviço social, psicologia e terapia ocupacional e demais membros das diversas áreas.

PARÁGRAFO ÚNICO – O Grupo Técnico de Humanização (GTH) deverá ter uma participação equitativa de representantes das diferentes categorias e turnos da unidade, que deverão ser convidados pelos membros da comissão

CAPITULO III - DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 5° **-** O Grupo Técnico de Humanização (GTH) está diretamente ligada à Gestão Administrativa da Unidade e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta Gestão.

CAPITULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º - Compete ao Presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Assinar documentações criadas pela Comissão;

III. Representar a Comissão junto à direção e órgãos competentes;

IV. Dirigir os trabalhos da Comissão.

V. Representar a Comissão perante a Gestão Administrativa:

VI. Distribuição de Tarefas para os membros;

VII. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros da Comissão.

Art. 7º - Compete ao Vice – Presidente:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 8º - Compete ao Secretário:

I. Preparar os materiais necessários para as reuniões;

II. Comparecer às reuniões convocadas.

III. Registrar em atas todas as reuniões do Grupo Técnico de Humanização (GTH) e colher as assinaturas dos participantes.

IV. Cuidar do controle e arquivo dos documentos da GTH.

V. Colaborar com os trabalhos do GTH.

Art. 9º - Compete ao Membros Ordinários:

I. Comparecer às reuniões convocadas.

II. Colaborar com os trabalhos do GTH.

III. Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.

IV. Divulgar as atividades e objetivos do Grupo Técnico de Humanização (GTH).

Parágrafo único: Na vacância de uma vaga caberá ao Gestão Geral convidar e nomear em consenso com o GTH um novo membro para ocupar a vaga.

CAPITULO V - DOS PRESSUPOSTOS, CRITÉRIOS DE *TRABALHO*

Art. 6º - Os membros do Grupo Técnico de Humanização (GTH) deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária do GTH. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Art. 7º - A vigência desta comissão será por tempo indeterminado.

Art. 8º - A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro do GTH será feita imediatamente por indicação do Presidente em conjunto com a Gestão Administrativa.

Art. 9º - Cabe aos membros do Grupo Técnico de Humanização (GTH) a avaliação e metodologia da organização dos prontuários, bem como relatórios que apontem falhas e oportunidades de melhorias nos processos, visando responsabilização, guarda e manuseio dos prontuários.

Art. 10º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Parágrafo único: Caberá mensalmente o envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo Grupo Técnico de Humanização (GTH).

CAPITULO VI - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11º - O Grupo Técnico de Humanização (GTH) será composta por Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Membros Ordinários, com as seguintes atribuições:

CAPITULO VII - DO FUNCIONAMENTO

Art. 16º – Os membros do Grupo Técnico de Humanização (GTH) deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico, extraordinariamente, por convocação do Presidente ou por requerimento da maioria dos membros. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária do GTH. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Art. 17º – As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um do total de seus membros.

Art. 18º – Cada membro terá direito a um voto e os convidados não terão direito ao voto.

Art. 19º – Nas situações em que os membros do Grupo Técnico de Humanização (GTH) julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 20º **-** As reuniões deverão ser registradas em ata, assinadas e arquivadas pelo serviço do Grupo Técnico de Humanização (GTH).

Parágrafo único **-** Na ausência do Presidente ou de seu Vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

CAPITULO VIII - DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 21º - O trabalho do Grupo Técnico de Humanização (GTH) será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

I. Total de ação desenvolvidas mês x planejadas;

II. Percentual de abrangência das ações;

CAPITULO XI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Grupo Técnico de Humanização (GTH) em conjunto com a Gestão Geral da Unidade.

Art. 23º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações.

Art. 24º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

O presente Grupo Técnico de Humanização (GTH) foi composta na data de XX.XX.XXXX, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de desenvolver ações de humanização voltadas aos pacientes/ clientes e sua população de abrangência.

_____

Presidente do GTH

_____

Vice-Presidente do GTH

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO GTH				
ETAPA	**ATIVIDADE**	**RESPONÁVEL**	**PERÍODO DE EXECUÇÃO (ÁPOS INICIO DA GESTÃO)**	**OBSERVAÇÃO**
Levantamento e Planejamento Inicial	Identificar necessidades institucionais e mapear práticas de humanização existentes	Gestão Administrativa / Gestão Assistencial/ Equipe Multiprofissional	30 dias	Fundamentar a proposta com base nas diretrizes da Política Nacional de Humanização
Aprovação e Constituição do Grupo Técnico de Humanização (GTH)	Elaborar proposta formal e portaria de designação dos membros	Gestão Gestão Administrativa	45 dias	Com representação multiprofissional e institucional
Capacitação e Sensibilização	Realizar capacitação dos membros do GTH sobre os princípios e diretrizes da PNH	Gestão Assistencial/ Equipe Multiprofissional/ NEP/ NQSP	60 dias	Pode incluir oficina com apoio da gestão ou parceiros externos
Elaboração do Regimento Interno	Redigir documento com missão, composição, atribuições e funcionamento	Grupo Técnico de Humanização (GTH)	90 dias	Deve conter periodicidade das reuniões e critérios de atuação
Mapeamento de Fluxos e Ambientes	Realizar diagnóstico situacional: recepção, acolhimento, sinalização, comunicação	Grupo Técnico de Humanização (GTH)	90 dias	Utilizar checklists e entrevistas com trabalhadores e usuários
Definição do Plano de Ação	Estruturar plano com metas mensais de ações educativas, estruturais e relacionais	Grupo Técnico de Humanização (GTH)	90 dias	Integrar com demais comissões (NQSP, CIPA, SESMT)
Implantação de Ações Prioritárias	Iniciar com ações simples de impacto (acolhimento, escuta ativa, ambientação, sinalização)	Grupo Técnico de Humanização (GTH)	105 dias	Registrar evidências (fotos, listas, relatórios)
Monitoramento de Indicadores e Resultados	Definir indicadores de acompanhamento (ações realizadas, satisfação, sugestões, resolutividade)	GTH / NQSP/ Ouvidoria	120 dias	Relatórios mensais para análise institucional
Avaliação e Consolidação do Grupo Técnico de Humanização (GTH)	Apresentar primeiros resultados e consolidar do GTH como permanente na estrutura institucional	GTH / Gestão Administrativa / OSS	Dias 56 a 60	Realizar reunião ampliada e divulgar conquistas à equipe e comunidade

3.3 ACCR

3.3.1 Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco: Equipe necessária a Sistemática de Trabalho, Horário de Funcionamento.

Programa descrito no item 2.13.2 Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), abaixo segue quadro do dimensionamento de profissionais de Enfermagem.

PRONTO SOCORRO - ACCR														
AREA OPERACIONAL	**CATEGORIA PROFISSIONAL**	**2º A 6º**				**2º A 6º = X 5**	**SABADO E DOMINGO = X 2**				**SABADO E DOMINGO = X 2**	**TOTAL SF ENF**	**TOTAL SF TE**
		M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
ACCR	NS (ENF)	1	1	1	1	20	1	1	1	1	8	28	0
	NM (TE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
TOTAL												**28**	**0**
QP_{ENF} = 28 X 6 X 1,15 / 36	**5,4**												
QP_{TE} = 28 X 6 X 1,15 / 36	**0,0**												

Horário de Funcionamento 24 horas todos os dias da semana.

3.4 APRESENTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO CONFORME O PERFIL DAS UNIDADES. CASO O PROTOCOLO NÃO TENHA SIDO ELABORADO PELO PROPONENTE, DEVERÁ SER APRESENTADA DECLARAÇÃO DE PROFISSIONAL MÉDICO E DE ENFERMEIRO QUE OS PROTOCOLOS ATENDEM AO PERFIL DAS UNIDADES.

A Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), na qualidade de entidade gestora da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, apresenta os Protocolos Clínicos de Atendimento atualmente adotados, em conformidade com o perfil assistencial da unidade, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Esses protocolos norteiam a conduta das equipes multiprofissionais, assegurando a padronização, a qualidade e a segurança da assistência prestada ao fluxo de atendimento, tomada de decisões clínicas e organização dos processos de cuidado, promovendo maior segurança, eficiência e resolutividade nos serviços prestados. São instrumentos fundamentais para o atendimento resolutivo, humanizado e baseado em evidências científicas, contemplando desde o acolhimento com classificação de risco até a estabilização clínica, tratamento e encaminhamentos adequados.

Os documentos irão abranger todos os processos organizacionais, operacionais e técnicos da assistência, incluindo protocolos médicos, de enfermagem e de outras áreas, alinhados às diretrizes da SES, com foco na segurança do paciente e respeito à individualidade, serão disponibilizados em formato físico e digital, atualizados anualmente e assinados pelo Responsável Técnico.

Estes documentos visam orientar as equipes multiprofissionais quanto.

A estrutura dos protocolos está alinhada aos seguintes eixos clínicos prioritários, conforme o perfil epidemiológico da população atendida, segue em anexo segue os protocolos assinados:

- PC.BHCL.DM.001.Sepse
- PC.BHCL.DM.005.Nauseas e vômitos na gravidez
- PC.BHCL.DM.008.Choque Anafilático
- PC.BHCL.DM.011.Diretrizes Terapêuticas Asma
- PC.BHCL.DM.014. Intoxicação Exógena
- PC.BHCL.DM.016. Diarreia Aguda
- PC.BHCL.DM.017. Pneumonia Adquirida na Comunidade
- PC.BHCL.DM.018. Infecção do Trato Urinário no Adulto
- PC.BHCL.DM.019. Infecção do Trato Urinário em Pediatria

- PC.BHCL.DM.029. Síndrome Respiratória Aguda Grave
- PC.BHCL.DM.006. Trombofilia
- PC.BHCL.DM.010. Distúrbios Hidroeletrolíticos
- PC. BHC. DM. 015.Isolamento Respiratório
- PC.BHCL.DM. 024. Óbito Fetal
- PC.BHCL.DM.026. Tromboembolismo Pulmonar TEP
- PC.BHCL.DM.027. Obesidade
- PC.BHCL.DM.028. Transferência de Pacientes com Hemorragia Digestiva Alta HDA e Hemorragia Digestiva Baixa HDB

Em Anexo: 04 – Protocolos Clínicos

Ressalta-se que os protocolos apresentados poderão ser adaptados conforme a realidade local, respeitando as especificidades da estrutura, equipe e fluxo assistencial da unidade.

3.4.1 Protocolos Clínicos – Atendimento Imediato PCR

O projeto assistencial proposto contempla, de forma estruturada e sistematizada, a implantação de fluxos assistenciais formalizados para o atendimento imediato a pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR), em consonância com os protocolos reconhecidos internacionalmente de Suporte Básico de Vida (BLS – *Basic Life Support*) e Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS – *Advanced Cardiovascular Life Support*), preconizados pela American Heart Association (AHA).

A parada cardiorrespiratória constitui uma emergência médica de alta gravidade, cujo prognóstico está diretamente relacionado à prontidão e à qualidade da resposta da equipe de saúde. Assim, o projeto estabelece fluxos que garantem a imediata identificação da PCR, a ativação do time de resposta rápida, a adequada utilização do carrinho de emergência e o início precoce das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), conforme as diretrizes atualizadas.

Para tanto, estão previstos protocolos assistenciais padronizados que asseguram que todos os profissionais estejam capacitados para reconhecer e agir diante da PCR, conforme seu nível de competência técnica. O BLS fornece a base para que todos os membros da equipe, inclusive técnicos e profissionais de apoio, possam iniciar o atendimento com compressões torácicas de qualidade e uso do desfibrilador externo automático (DEA). O ACLS, por sua vez, orienta a condução avançada do caso por médicos e enfermeiros treinados, incluindo a administração de medicamentos, intubação orotraqueal, monitorização cardíaca e identificação de causas reversíveis.

A formalização desses fluxos envolve desde a capacitação contínua da equipe multiprofissional, passando pela simulação realística de cenários clínicos, até a manutenção adequada de equipamentos e insumos nas salas de emergência e observação. Também está previsto o registro sistemático das ocorrências de PCR, análise dos indicadores de desempenho (tempo resposta, taxa de reversão, desfecho clínico) e reuniões periódicas de avaliação com o Núcleo de Segurança do Paciente e coordenação médica/enfermagem, como estratégia para a melhoria contínua do cuidado.

Portanto, a inserção de fluxos assistenciais formalizados para o atendimento imediato à parada cardiorrespiratória no presente projeto reforça o compromisso institucional com a segurança do paciente, a qualificação da assistência e o cumprimento das boas práticas clínicas, sendo elemento indispensável para a excelência dos serviços prestados pela UPA 24h.

PC.BHCL.DM.003. Atendimento a PCR em Adulto
PC.BHCL.DM.004.Atendimento a PCR em Pediatria

Em Anexo: 05 – Protocolos PCR Adulto e Pediátrico

4. QUALIDADE SUBJETIVA

4.1 OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE QUE O ENTE INTERESSADO JÁ TENHA EM DESENVOLVIMENTO OU PENSE INICIAR SUA IMPLANTAÇÃO. NESTE CASO, DEVE-SE APRESENTAR UM PLANO DE ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICO COM DEFINIÇÃO DE ALCANCE, METODOLOGIA, CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO, ORÇAMENTO PREVISTO ETC.

4.1.1 Telemedicina

A telemedicina representa uma importante inovação no modelo de atenção à saúde, especialmente no contexto das Unidade de Pronto Atendimento São Vicente. Por meio do uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), a teleconsulta e a interconsulta médica viabilizam o acesso a avaliações clínicas, diagnósticos, orientações, prescrições e encaminhamentos, mesmo na ausência física de um especialista na unidade.

A Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde, da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e das normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM), implementa a telemedicina como estratégia assistencial, reforçando os princípios da humanização, equidade, resolutividade e fortalecimento do SUS.

Teleconsulta: conceito e aplicação

A teleconsulta é uma modalidade de atendimento clínico realizada à distância, podendo ocorrer de forma síncrona (tempo real) ou assíncrona (com envio e análise posterior de dados), conforme protocolos clínicos estabelecidos. Todas as interações são registradas em prontuário eletrônico próprio ou integrado aos sistemas do SUS, com garantia de sigilo, privacidade e segurança da informação.

As consultas são conduzidas por profissionais capacitados e contam com suporte técnico contínuo e infraestrutura adequada, assegurando a qualidade do cuidado. A emissão de receitas, atestados e laudos digitais com validade jurídica também está contemplada, otimizando o tempo de resposta e a resolutividade assistencial.

Interconsulta especializada: ampliando o acesso e a resolutividade

A interconsulta médica especializada amplia significativamente a cobertura da unidade, conectando pacientes e profissionais da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente a médicos especialistas em tempo real, por meio de plataforma digital com enfoque em gestão integrada de saúde. Essa ferramenta possibilita o atendimento em diversas especialidades previamente definidas, com apoio da equipe assistencial local, oferecendo uma experiência próxima da consulta presencial.

A solução adota um sistema de atendimento omnicanal, com múltiplas vias de contato (videoconferência, telefonia WebRTC, WhatsApp, SMS, e-mail, push notifications, chatbot, entre outros), garantindo acessibilidade e continuidade do cuidado.

Componentes da solução tecnológica

- Videochamadas para interconsulta: médico e paciente conectados em ambiente seguro e funcional, com apoio da equipe de saúde local.
- Prontuário eletrônico integrado: armazenamento seguro das informações clínicas com acesso rápido pelos profissionais.
- Documentação digital: emissão de receitas, atestados e laudos com validade jurídica.
- Plataforma intuitiva: interface acessível, garantindo usabilidade e segurança em todas as etapas do atendimento.

Benefícios para a população

- Ampliação do acesso: pacientes atendidos na própria UPA, sem necessidade de deslocamento para centros especializados.
- Agilidade: maior rapidez nos atendimentos e nos resultados de exames.
- Qualidade assistencial: médicos especialistas com formação e experiência, mantendo o padrão humanizado e centrado no paciente.

Impacto para a unidade de saúde

- Redução de custos: diminuição de gastos com transporte, infraestrutura física e recursos humanos adicionais.
- Eficiência operacional: melhor aproveitamento da força de trabalho e dos fluxos assistenciais.
- Maior cobertura populacional: capacidade ampliada de atendimento qualificado para um número maior de usuários.

- Inovação na gestão: modernização da gestão da saúde com apoio de tecnologias robustas e integradas.

A implementação da telemedicina e interconsulta na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, marca um avanço estratégico na prestação do cuidado em urgência e emergência. Trata-se de uma solução que agrega valor à experiência do paciente, qualifica a assistência, melhora os processos internos e consolida o compromisso da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) com uma gestão pública moderna, resolutiva e alinhada às diretrizes do SUS.

Fases da Implantação

A Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), alinhada às diretrizes da Política Nacional de Telessaúde, da Lei nº 13.989/2020 e às normas do Conselho Federal de Medicina (CFM), apresenta o projeto de implantação da Telemedicina e Interconsulta Especializada na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, com o objetivo de qualificar o acesso, ampliar a resolutividade e modernizar os processos assistenciais no atendimento de urgência e emergência.

O projeto será implantado de forma progressiva na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente sob gestão da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), com foco na população atendida por demanda espontânea e referenciada, e contemplará:

- Teleconsultas médicas síncronas (em tempo real);
- Interconsultas com especialistas (telemedicina);
- Registro eletrônico das informações clínicas no PEP;
- Integração com os sistemas de informação do SUS (SIA/SIH);
- Emissão de receitas, atestados e laudos digitais com validade jurídica;
- Apoio diagnóstico com acesso remoto a resultados de exames (SADT).

A metodologia será baseada nos seguintes eixos:

- Diagnóstico situacional: análise da estrutura atual da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, sistemas já implantados e fluxos de atendimento.
- Definição de especialidades prioritárias para interconsulta (ex.: pediatria, clinico geral e ou outras que se fizerem necessárias).

- Adequação tecnológica: aquisição de equipamentos (câmeras, monitores, conexões seguras) e implantação da plataforma de telemedicina.
- Capacitação das equipes assistenciais e administrativas, com ênfase em segurança da informação, uso do sistema e humanização do atendimento remoto.
- Implantação piloto, seguida de monitoramento contínuo com indicadores de desempenho.
- Avaliação e expansão para outras áreas da rede de atenção, conforme resultados.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO TELEMEDICINA		
ETAPA	**ATIVIDADES PRINCIPAIS**	**PRAZO ESTIMADO**
Fase 1 – Preparatória	Diagnóstico situacional, definição de especialidades, levantamento técnico	30 dias
Fase 2 – Aquisição e TI	Compra de equipamentos e licenciamento da plataforma	60 dias
Fase 3 – Capacitação	Treinamento das equipes e simulações operacionais	75 dias
Fase 4 – Implantação Piloto	Operacionalização em escala reduzida com avaliação de desempenho	90 dias
Fase 5 – Avaliação e Expansão	Ajustes operacionais e ampliação para demais turnos e especialidades	120 dias

* Este cronograma de implantação poderá ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição.

ORÇAMENTO PREVISTO - IMPLEMENTAÇÃO DE TELEMEDICINA	
ITEM	**VALOR ESTIMADO (R$)**
Plataforma de telemedicina (licença anual)	82.500,00
Equipamentos (câmeras, headsets, monitores, tablets)	
Infraestrutura de TI (upgrade de rede, firewall)	12.500,00
Capacitação de profissionais e treinamentos	5.000,00
TOTAL ESTIMADO	**R$ 100.000,00**

Importante Destacar

Para a efetiva operacionalização da telemedicina, é imprescindível garantir uma estrutura de tecnologia da informação adequada, com destaque para uma **rede de internet estável, ágil e de alta velocidade**. A qualidade da conexão é fator crítico para assegurar o funcionamento de videochamadas em tempo real, transmissão de dados clínicos, acesso a prontuários eletrônicos, laudos a distância e demais recursos associados à prática. Falhas na conectividade podem comprometer a assistência, gerar atrasos e impactar negativamente na segurança do paciente.

Assim, a Unidade Pronto Atendimento São Vicente deve priorizar investimentos na modernização da rede lógica e na contratação de um serviço de internet com alta disponibilidade, redundância e suporte técnico.

4.1.2 Serviço de Análise de Potabilidade da Água

A qualidade da água utilizada em unidade de saúde é um fator crítico para a segurança dos pacientes, profissionais da saúde e demais usuários. Análise de Potabilidade da Água tem como principal objetivo garantir que a água consumida direta ou indiretamente na unidade esteja dentro dos padrões sanitários estabelecidos, minimizando riscos à saúde e prevenindo infecções relacionadas à assistência.

A água em ambiente na unidade de saúde é utilizada para consumo humano, preparo de alimentos, higienização de ambientes e equipamentos, administração de medicamentos, procedimentos invasivos e em caldeiras e sistemas de climatização. Qualquer falha na qualidade da água pode representar risco direto à saúde, principalmente a pacientes imunocomprometidos. Deve seguir as legislações aplicáveis e vigentes:

- Portaria GM/MS nº 888/2021 – Estabelece os procedimentos e padrões de qualidade da água potável no Brasil, substituindo a antiga Portaria 2914/2011;
- RDC ANVISA nº 50/2002 – Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), incluindo sistemas de abastecimento de água;
- Normas da ABNT NBR 5626/2020 – Instalações prediais de água fria e quente;
- Normas locais de vigilância sanitária e ambiental, conforme estado ou município.

A unidade de saúde deve possuir um plano de monitoramento periódico da qualidade da água, através de planejamento e cronograma contemplando:

- Pontos de coleta definidos (reservatório superior e inferior, torneiras de consumo humano, áreas críticas como CME, farmácia, cozinha e laboratório);
- Frequência das coletas (mensal, trimestral ou conforme exigência da Vigilância Sanitária);
- Tipos de análises a serem realizadas (físico-química e microbiológica).

A coleta deve ser realizada por profissional capacitado, com uso de frascos estéreis e sob condições controladas, seguindo as diretrizes da ABNT NBR 9898 e Portaria GM/MS 888/2021. As amostras devem ser:

- Acondicionadas e transportadas em caixa térmica com gelo reciclável;
- Identificadas com rótulo contendo data, hora, pontos de coleta e responsável.

As amostras devem ser encaminhadas para laboratório acreditado (como ISO 17025) ou certificado pela Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (REBLAS/ANVISA), para realização de:

a) Análises Microbiológicas:

- Pesquisa de *Escherichia coli* e coliformes totais;
- Pesquisa de bactérias heterotróficas (em áreas críticas);
- *Pseudomonas aeruginosa* (em serviços de hemodiálise, por exemplo).

b) Análises Físico-Químicas:

- pH, turbidez, cor aparente;
- Cloro residual livre;
- Flúor, nitrato, dureza total (quando aplicável).

Os laudos devem ser avaliados à luz dos padrões da Portaria GM/MS 888/2021, especialmente:

- Ausência total de coliformes em 100 mL;
- Turbidez ≤ 1,0 uT;
- Cloro residual livre entre 0,2 mg/L e 5 mg/L;
- pH entre 6,0 e 9,5.

Não conformidades exigem investigação da causa (limpeza de reservatório, infiltrações, falha na cloração, etc.) e ações corretivas imediatas.

Em caso de resultado insatisfatório, devem ser adotadas medidas de ações corretivas e ou preventivas, como:

- Limpeza e desinfecção dos reservatórios;
- Reavaliação da rede hidráulica e fontes de contaminação;
- Aumento na frequência de cloração e monitoramento;
- Suspensão temporária do uso da água para consumo humano (com uso de água potável alternativa, como galões certificados).
- Os laudos devem ser arquivados por no mínimo 5 anos e apresentados à Vigilância Sanitária durante fiscalizações;

- Resultados insatisfatórios devem ser comunicados imediatamente à Vigilância Sanitária local, conforme previsto na legislação;
- Relatórios periódicos devem ser apresentados à Comissão de Controle de Infecção Relacionados Assistência de Saúde (CCIRAS) e ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

A Análise de Potabilidade da Água é uma atividade essencial para garantir a segurança hídrica dentro dos hospitais, promovendo saúde e evitando riscos sanitários. Para hospitais essa adoção de rotinas simples, porém sistematizadas, assegura o cumprimento legal, fortalece a gestão de riscos e contribui diretamente para a segurança do paciente e da equipe assistencial.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO - ANÁLISE DE POTABILIDADE DA ÁGUADA ÁGUA		
ETAPA	**ATIVIDADES PRINCIPAIS**	**PRAZO ESTIMADO**
Diagnóstico Inicial	Identificar pontos de uso e coleta de água na UPA; Levantar necessidade e frequência de análise.	10 dias
Elaboração do Termo de Referência	Definir escopo técnico, parâmetros exigidos, periodicidade e requisitos legais da empresa prestadora.	15 dias
Pesquisa de Fornecedores	Levantamento de empresas habilitadas com licenças ambientais e laboratoriais válidas.	30 dias
Abertura do Processo de Contratação	Realização de cotação ou abertura de processo licitatório conforme legislação vigente.	07 dias
Análise das Propostas e Seleção	Avaliação técnica e financeira das propostas recebidas. Escolha da empresa contratada.	15 dias
Formalização do Contrato	Elaboração, assinatura do contrato e definição dos cronogramas de coleta e entrega dos laudos.	15 DIAS
7. Início da Execução do Serviço	Coleta da água, análise laboratorial e emissão dos laudos de potabilidade.	A partir da assinatura do contrato
Monitoramento e Avaliação	Recebimento, conferência e arquivamento dos laudos; Registro em planilhas da Qualidade/SESMT.	Mensal
Avaliação Final	Avaliação da empresa contratada e decisão sobre continuidade ou nova contratação.	Ao final do contrato

*Este cronograma de implantação poderá ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição.

*Nota: A destinação de recursos orçamentários está na planilha financeira do projeto.

4.1.3 Dedetização, Desratização, Desinsetização, Limpeza de Caixa D'agua e Caixa de Gordura, em Conformidade com a Legislação Sanitária

Os ambientes de assistência à saúde, devem manter altos padrões de higiene e biossegurança para garantir a saúde e o bem-estar de pacientes, profissionais e visitantes. Entre as medidas fundamentais está o controle de pragas e o manejo adequado das instalações hidráulicas, realizado por meio de serviços especializados de dedetização, desratização, desinsetização, limpeza de caixas d'água e de gordura, todos em conformidade com a legislação sanitária vigente.

1. Dedetização, Desratização e Desinsetização

Essas atividades compõem o controle integrado de vetores e pragas urbanas, essencial para prevenir infestações por insetos, roedores e outros organismos que podem ser vetores de doenças e contaminar ambientes da unidade de saúde. Sendo medida fundamental de biossegurança, para preservar a saúde dos pacientes, profissionais e visitantes, além de manter a integridade das instalações. A presença de insetos e roedores representa sérios riscos sanitários, podendo comprometer ambientes críticos e favorecer a disseminação de microrganismos patogênicos. Nesse contexto, os serviços de dedetização, desratização e desinsetização devem ser realizados de forma periódica, técnica e segura, obedecendo às normas sanitárias vigentes e com registros apropriados dos procedimentos.

- Dedetização é a aplicação de inseticidas químicos ou biológicos para controle de baratas, formigas, moscas, pulgas, entre outros.
- Desratização, necessária para a prevenção e controle de roedores (ratos e camundongos), com uso de iscas, armadilhas ou métodos mecânicos, sempre em áreas seguras e sinalizadas.
- Desinsetização uma medida preventiva e corretiva para eliminação de insetos voadores e rasteiros, especialmente em ambientes de risco como cozinhas, almoxarifado, farmácia e áreas externas.

A periodicidade recomendada a cada três meses, podendo variar conforme o nível de infestação e orientação da Vigilância Sanitária e exigências legais:

- RDC ANVISA nº 52/2009 – Dispõe sobre o funcionamento das empresas especializadas em controle de vetores e pragas urbanas;
- Lei Federal nº 6.437/1977 – Infrações à legislação sanitária;
- Resoluções estaduais e municipais, conforme jurisdição local;

Os produtos devem ser registrados na ANVISA, aplicados por profissionais habilitados, com uso de EPIs adequados e garantia de segurança ocupacional e ambiental.

Documentação Exigida da Empresa Executora:

- Licença sanitária da empresa executora;
- Ficha de informação de segurança dos produtos químicos (FISPQ);
- Certificado de execução do serviço, com data, área tratada, produto utilizado e prazo de reentrada.

2. Limpeza e Desinfecção de Caixa d'Água

A água potável utilizada na unidade de saúde deve ser armazenada em reservatórios devidamente limpos e protegidos contra contaminação é uma exigência normativa e uma condição essencial para a segurança assistencial. A limpeza e a desinfecção periódica dos reservatórios de água são ações preventivas obrigatórias que evitam a contaminação microbiológica e físico-química, protegendo pacientes imunocomprometidos e reduzindo o risco de surtos. Essa atividade deve seguir critérios técnicos definidos por órgãos reguladores e ser realizada por empresas habilitadas, com emissão de relatórios e laudos de conformidade, de acordo com as seguintes atividades:

- Esvaziamento do reservatório;
- Remoção mecânica de resíduos sólidos, lodos e biofilmes;
- Lavagem com jatos de água sob pressão e escovas;
- Desinfecção com solução clorada (hipoclorito de sódio, conforme concentração permitida);
- Enxágue e reabastecimento com água potável.

A periodicidade recomendada é semestralmente (a cada 6 meses) ou conforme orientação da Vigilância Sanitária e legislação aplicável vigente.

- Portaria GM/MS nº 888/2021 – Estabelece os padrões de qualidade da água potável;
- ABNT NBR 5626/2020 – Instalações prediais de água fria e quente;
- Normas locais da Vigilância Sanitária.

Documentação Exigida da Empresa Executora**:**

- Certificado de execução da limpeza;
- Relatório técnico com data, responsáveis e materiais utilizados;
- Registro fotográfico (recomendado).

3. Limpeza de Caixa de Gordura

As caixas de gordura nas unidades de saúde, especialmente em cozinhas e refeitórios, devem ser mantidas em bom estado de conservação e funcionamento, evitando entupimentos, refluxos, proliferação de vetores e risco de contaminação cruzada. A limpeza periódica das caixas de gordura é, portanto, uma medida preventiva e obrigatória que assegura o correto funcionamento do sistema hidráulico, atende às exigências da legislação ambiental e sanitária, e contribui diretamente para a manutenção de um ambiente limpo, seguro e eficiente. Essa atividade deve ser executada por empresa autorizada, com descarte adequado dos resíduos gerados.

- Abertura da caixa e retirada de gordura acumulada;
- Coleta e destinação adequada dos resíduos por empresa licenciada;
- Lavagem interna com produtos biodegradáveis e não agressivos à rede hidráulica;
- Inspeção da vedação da tampa e do sistema de escoamento.

A periodicidade deve ser mensal ou bimestral, conforme a utilização e volume de descarte de gordura e a legislação aplicável vigente:

- Lei Federal nº 9.605/1998 (Lei de Crimes Ambientais);
- Resolução CONAMA nº 430/2011 – Condições e padrões de lançamento de efluentes;
- Normas ambientais e sanitárias locais.

Documentação Exigida da Empresa Executora:

- Certificado de limpeza;
- Controle de destinação dos resíduos (manifesto de transporte de resíduos, quando aplicável).

Os serviços devem ser realizados por empresas especializadas, legalmente constituídas, licenciadas pela Vigilância Sanitária e pelos órgãos ambientais competentes, com um planejamento para não afetar a rotina da unidade de saúde, a equipe da unidade de saúde deve ser comunicada previamente e orientada quanto ao prazo de reentrada nos ambientes tratados e todas as etapas devem ser registradas, com arquivamento de laudos, certificados e relatórios para apresentação à fiscalização.

A execução regular e criteriosa das atividades de dedetização, desratização, desinsetização, limpeza de caixas d'água e de gordura é essencial para garantir um ambiente da unidade de saúde seguro, higiênico e em conformidade com as normas sanitárias e ambientais. Além de prevenir riscos à saúde pública, essas ações contribuem diretamente para a manutenção da qualidade dos serviços prestados e para a segurança dos pacientes e profissionais da instituição.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO - DEDETIZAÇÃO, DESRATIZAÇÃO, DESINSETIZAÇÃO, LIMPEZA DE CAIXA D'AGUA E CAIXA DE GORDURA		
ETAPA	**ATIVIDADES PRINCIPAIS**	**PRAZO ESTIMADO**
Levantamento de Necessidades	Identificar áreas críticas da UPA que exigem controle de pragas, periodicidade da limpeza e volume dos reservatórios.	10 dias
Elaboração do Termo de Referência	Detalhar escopo do serviço, produtos permitidos pela ANVISA, cronograma de execução, certificações exigidas e normas técnicas (RDC nº 52/2009, etc.).	15 dias
Consulta a Fornecedores	Pesquisa de empresas licenciadas (VISA, CRQ, IBAMA), com experiência em unidades de saúde.	30 dias
Abertura do Processo de Contratação	Cotação de preços ou processo licitatório conforme legislação vigente e política da contratante.	07 dias
Avaliação das Propostas	Análise técnica e documental (licenças, atestados, plano de aplicação) e escolha da proposta mais vantajosa.	15 dias
Formalização Contratual	Assinatura do contrato e definição de cronograma de aplicação e limpeza.	15 dias
Execução dos Serviços	Realização dos serviços conforme cronograma: dedetização, desratização, desinsetização, limpeza de caixas e emissão de certificados.	A partir da assinatura do contrato
Monitoramento e Verificação	Conferência dos serviços executados, verificação de efetividade, controle de pragas e preenchimento de relatórios da Qualidade.	Mensal
Avaliação Técnica e Renovação	Avaliação de desempenho da empresa e definição de continuidade ou nova contratação.	Ao final do contrato

**Este cronograma de implantação poderá ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição.*

**Nota: A destinação de recursos orçamentários está na planilha financeira do projeto.*

4.2 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO AO PASSAR PELA UNIDADE DE SAÚDE

A percepção do usuário ao passar por uma unidade de saúde é um indicador essencial da qualidade dos serviços prestados. Mais do que um simples atendimento clínico, o usuário vivencia um conjunto de experiências que envolvem acolhimento, tempo de espera, resolutividade, infraestrutura, comunicação e, principalmente, a forma como é tratado por cada profissional da equipe de saúde. Essa vivência molda sua confiança no sistema, sua adesão aos tratamentos e sua relação com a unidade.

Compreender como o usuário enxerga e sente sua passagem pela unidade permite identificar falhas, aprimorar processos e fortalecer a humanização do cuidado.

Essa percepção deve ser continuamente avaliada por meio de escutas qualificadas, pesquisas de satisfação, ouvidorias e outros instrumentos, integrando-se às práticas de gestão e planejamento institucional. Valorizar a visão do usuário é reconhecer seu papel como sujeito ativo no cuidado em saúde e garantir que os princípios de universalidade, equidade e integralidade, sejam efetivamente traduzidos na prática cotidiana.

4.2.1 Como estruturará a Informação aos Usuários (Usuários e Familiares) Acerca do Processo de Atenção, tanto em Aspectos Prévios (em Quantos Serviços Implantará o Consentimento Informado) e, especialmente, a Informação Durante o Processo de Atenção (Lugares onde se efetuará a Informação; Horários e Frequência da Informação, para cada uma das Clínicas).

A Unidade de Pronto Atendimento São Vicente assegura aos usuários e seus familiares o direito à informação clara, contínua e acessível sobre o processo de atenção em saúde. A comunicação é considerada parte essencial do cuidado e está fundamentada nos princípios éticos, legais e de humanização, garantindo o protagonismo do paciente e o respeito à sua autonomia.

Essa comunicação será realizada tanto de forma prévia, com base no consentimento informado, quanto durante o atendimento, de forma estruturada e contínua.

O consentimento informado será implantado em serviços e procedimentos que envolvam riscos ou exigem decisão consciente do paciente. Isso inclui intervenções como suturas, sondagens, punções, administração de medicamentos potencialmente sedativos, realização de exames, remoções e transferências externas interinstitucionais, bem como nos casos de recusa de atendimento ou alta a pedido.

Nessas situações, o profissional de saúde fornecerá explicações claras e compreensíveis sobre os riscos, benefícios, alternativas disponíveis, local de destino (no caso de transferências), meio de transporte utilizado e eventuais implicações clínicas. O paciente e/ou seu responsável legal será orientado sobre o motivo da transferência, com tempo suficiente para sanar dúvidas e registrar formalmente sua ciência e concordância. O consentimento informado será documentado por escrito ou

via sistema eletrônico, contendo informações clinicas/ assistenciais, identificação das partes, data, horário, assinatura do responsável e profissional de saúde, garantindo rastreabilidade e segurança jurídica.

Durante o processo de atenção, as informações serão prestadas de maneira organizada, considerando os diferentes setores da unidade. Na recepção e acolhimento, a equipe administrativa e de enfermagem orientará o usuário quanto ao fluxo interno, classificação de risco, tempo estimado de espera e protocolos adotados. Nos consultórios médicos, o usuário será informado sobre diagnóstico inicial, conduta terapêutica, exames solicitados e resultados, com atualizações a cada nova conduta ou decisão clínica.

Na sala de observação e medicação, a equipe de enfermagem e o médico assistente manterão os familiares atualizados quanto à evolução do quadro clínico, cuidados prestados e tempo previsto de permanência. A informação será prestada periodicamente, com atualizações clínicas a cada 6 horas ou conforme necessidade clínica, e nos horários institucionais definidos para visitas. Em situações críticas, como agravamento do estado de saúde, transferência ou óbito, a comunicação será imediata e conduzida por profissional capacitado, com acolhimento humanizado e, se necessário, com apoio psicológico ou assistencial.

Considerando que o Consentimento Informado é um direito fundamental do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e um dever ético-legal dos profissionais de saúde, assegurando que qualquer conduta clínica, diagnóstica ou terapêutica, ocorra de forma transparente, voluntária e consciente por parte do paciente ou de seu responsável legal.

Na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, a prestação da informação ao paciente estará integrada ao processo assistencial desde o primeiro contato, respeitando os princípios da humanização, autonomia, dignidade e segurança do paciente. Essa informação deve ser compreensível, livre de termos técnicos excessivos, adequada à condição clínica e cultural do usuário, e registrada sempre que necessário.

- Locais de Informação e Consentimento

A comunicação das informações clínicas, bem como a coleta do consentimento, ocorre nos seguintes ambientes assistenciais:

✓ Recepção com classificação de risco (Acolhimento): Primeiras orientações gerais sobre o funcionamento da unidade, tempo estimado de espera e direitos do paciente.

✓ Consultórios médicos e de enfermagem: Explicações sobre o quadro clínico, hipóteses diagnósticas, exames e condutas propostas. Local onde geralmente se realiza o consentimento verbal ou formal, quando necessário.

✓ Sala de medicação, sala de observação e procedimentos: Antes da administração de medicamentos ou realização de procedimentos invasivos ou terapias intravenosas.

✓ Sala de estabilização ou emergência: Em casos críticos, as decisões devem priorizar a preservação da vida. O consentimento é buscado posteriormente, junto ao acompanhante, quando possível.

✓ Sala de exames (como eletrocardiograma, USS, radiologia ou coleta laboratorial): Explicação sobre a finalidade e riscos envolvidos nos exames.

- Horários e Frequência da Informação

A prestação de informações ao paciente é contínua e proporcional à necessidade clínica, ocorrendo:

✓ Durante o atendimento inicial (acolhimento e consulta): Momento de orientação geral e início da construção do vínculo.

✓ Sempre que houver mudança no quadro clínico ou plano terapêutico: Inclusão de novos exames, necessidade de observação, transferência ou internação.

✓ Antes de procedimentos específicos, como suturas, punções venosas, uso de medicamentos específicos, contenções físicas ou químicas, e exames com riscos associados.

✓ Durante o tempo de permanência na UPA: A equipe de plantão tem o compromisso de atualizar o paciente e/ou acompanhante sobre a evolução clínica e eventuais encaminhamentos.

- Formas de Consentimento

✓ Consentimento verbal: Utilizado para procedimentos de rotina, administração de medicamentos padronizados e exames de baixo risco, sendo registrado no prontuário eletrônico ou impresso.

✓ Consentimento livre e esclarecido por escrito: Obrigatório para procedimentos invasivos, contenção mecânica, administração de medicamentos com potencial risco, recusa de atendimento, transferência inter-hospitalar ou situações que envolvam exposição do paciente a riscos não habituais. Deve conter:

- Explicação clara do procedimento, benefícios, riscos e alternativas;
- Assinatura do paciente ou responsável legal;
- Assinatura do profissional responsável.

- Casos Especiais

✓ Pacientes inconscientes ou sem capacidade decisória: A conduta clínica seguirá os princípios da beneficência e da urgência. Assim que possível, o consentimento será buscado junto ao responsável legal ou acompanhante.

✓ Menores de 18 anos: O consentimento deve ser dado por pais ou responsáveis legais, com a participação do menor sempre que possível.

✓ Pacientes em sofrimento psíquico ou com distúrbios mentais: Exige avaliação da capacidade de compreensão e, se necessário, consentimento do responsável legal, conforme prevê o Estatuto da Pessoa com Deficiência.

A UPA deve manter registro de todas as informações prestadas, com destaque para os casos em que:

- Houve recusa do paciente ao tratamento proposto;
- O paciente foi transferido;
- Foi realizado procedimento invasivo ou de risco;
- Foi aplicada contenção física ou química;
- Foram administrados medicamentos excepcionais.

O registro deve conter a descrição da informação prestada, a data, o nome do profissional e a assinatura do paciente ou responsável, conforme modelo padronizado pela instituição.

Todas as informações prestadas respeitarão o Código de Ética Médica, o Estatuto do Paciente (Lei nº 8.080/1990) e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei nº 13.709/2018). A linguagem será adaptada à compreensão do usuário, podendo ser utilizados materiais visuais e recursos de acessibilidade, quando necessário.

A Unidade Pronto Atendimento São Vicente disponibiliza ainda canais institucionais de ouvidoria, por meio de formulário físico, canal telefônico e digital, para sugestões e reclamações, garantindo escuta qualificada e resposta no prazo estabelecido.

4.2.2 Como Pesquisará a Opinião ou Nível de Satisfação do Usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas

A Unidade Pronto Atendimento São Vicente adotará a escuta dos usuários como instrumento fundamental de qualificação do cuidado, aprimoramento dos processos assistenciais e fortalecimento da relação entre o serviço de saúde e a comunidade. Para isso, implantará um processo sistemático de pesquisa de opinião e avaliação do nível de satisfação dos usuários, com metodologia acessível, segura e respeitosa.

A pesquisa será realizada por meio de formulário estruturado, com questões objetivas e campo para sugestões, abordando os seguintes aspectos: cordialidade da equipe, clareza das informações recebidas, tempo de espera, limpeza e organização dos ambientes, percepção de segurança e satisfação geral com o atendimento. A aplicação ocorrerá de forma espontânea ou direcionada, ao final do atendimento, alta, transferência ou finalização do cuidado, respeitando a disponibilidade e o desejo do usuário em participar.

O formulário será disponibilizado em formato impresso, entregue pela equipe administrativa, ou em formato digital, por meio de QR Code afixado nas áreas de da unidade como recepção e observação, podendo ser acessado via smartphone ou tablet. As respostas serão coletadas de forma sigilosa, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei nº 13.709/2018), e armazenadas para análise interna da gestão.

Será utilizado um questionário estruturado e padronizado, contendo perguntas objetivas e subjetivas organizadas em domínios como:

- Acolhimento e atendimento humanizado;
- Tempo de espera;
- Ambiência e conforto do ambiente;

- Qualidade das informações prestadas;
- Segurança e respeito ao paciente;
- Satisfação geral com o atendimento.

O questionário utilizará uma escala Likert de 5 pontos (de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”) para as questões objetivas e espaços abertos para comentários e sugestões, garantindo acolhimento da escuta qualificada, com a metodologia de aplicação abaixo descrita.

- Aplicação presencial por agente capacitado, ao final do atendimento, preferencialmente em local reservado e acolhedor.
- Disponibilização da versão digital (via QR code nos ambientes da UPA), garantindo sigilo e facilidade de acesso.
- Inclusão de dispositivo físico de pesquisa (caixas de sugestões com formulários) para usuários com baixa familiaridade digital.
- Coleta amostral mensal e análise estatística semestral para monitoramento dos indicadores de satisfação.

Os resultados das pesquisas serão analisados pelas instâncias de gestão e pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), com elaboração de relatórios gerenciais, identificação de pontos críticos e proposição de ações corretivas e de aprimoramento.

Além disso, os dados serão apresentados nos painéis de gestão participativa, incentivando a transparência, a corresponsabilidade e o envolvimento da equipe multiprofissional no fortalecimento da cultura da humanização.

A frequência de aplicação da pesquisa será mensal, com amostragem representativa dos atendimentos realizados no período. Adicionalmente, a unidade poderá realizar coletas extraordinárias em momentos estratégicos, como mudanças de fluxo, implantação de novos protocolos, reformas estruturais ou após notificações de eventos adversos relevantes.

Os resultados da pesquisa serão sistematizados em relatórios gerenciais com indicadores de satisfação, análise de pontos críticos, tendências e sugestões recorrentes. Esses relatórios serão discutidos em reuniões da equipe gestora e dos núcleos responsáveis pela qualidade e segurança do paciente, permitindo a definição de ações corretivas e de melhoria contínua.

As ações corretivas poderão incluir reforço em treinamentos, ajustes de processos internos, revisão de protocolos de comunicação, reorganização de fluxos de atendimento, melhorias na estrutura física ou intensificação da atuação de setores de apoio. Todas as intervenções serão monitoradas quanto à sua efetividade e prazo de implantação.

Como parte do compromisso com a transparência e a humanização, a Unidade Pronto Atendimento São Vicente também manterá um canal institucional de ouvidoria para manifestações espontâneas dos usuários, com garantia de sigilo, resposta qualificada e prazo estabelecido para retorno. As ações decorrentes das manifestações recebidas serão divulgadas à comunidade por meio de comunicados e painéis informativos internos, promovendo uma cultura de respeito, escuta ativa e melhoria contínua do cuidado.

A Ouvidoria na Unidade Pronto Atendimento São Vicente representa um canal institucional estratégico de escuta qualificada e participação cidadã, sendo essencial para o aprimoramento da qualidade do atendimento e fortalecimento da gestão democrática e transparente.

Seu principal objetivo é acolher, registrar, analisar, encaminhar e acompanhar manifestações dos usuários, sejam elas sugestões, elogios, reclamações, denúncias ou solicitações. A atuação da Ouvidoria é pautada pelos princípios da humanização, respeito, ética, confidencialidade, imparcialidade e compromisso com a melhoria contínua dos serviços prestados.

A Ouvidoria atua como ponte entre o usuário e a gestão da unidade, proporcionando uma comunicação direta, acessível e resolutiva. Além de funcionar como um espaço de escuta ativa, a Ouvidoria transforma as manifestações recebidas em dados gerenciais que orientam a tomada de decisão, a identificação de fragilidades, a valorização de boas práticas e a elaboração de estratégias de aprimoramento assistencial e administrativo.

- Acolhendo e registrando manifestações dos usuários e acompanhantes com cordialidade e sigilo;
- Oferecendo orientações e prestando esclarecimentos sobre os serviços prestados pela unidade;

- Encaminhando as manifestações aos setores competentes e monitorando a resolutividade das respostas;
- Garantindo retorno ao cidadão com informações claras e dentro dos prazos institucionais;
- Sistematizando os dados em relatórios periódicos, com análise qualitativa e quantitativa;
- Contribuindo para a elaboração de indicadores de satisfação do usuário;
- Promovendo a escuta qualificada como instrumento de controle social;
- Apoiando ações educativas sobre direitos dos usuários do SUS e formas de participação social;
- Estimulando o protagonismo do cidadão na avaliação dos serviços de saúde.

A Ouvidoria contribui para a cultura institucional da Unidade Pronto Atendimento São Vicente ao estimular valores como a transparência, o respeito à diversidade, a empatia e o compromisso com a dignidade dos usuários. Por meio de sua atuação ética e propositiva, fortalece o vínculo entre serviço e comunidade e promove uma gestão mais participativa, eficiente e centrada nas pessoas.

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e a Ouvidoria tem como objetivo promover um atendimento de excelência, baseado na escuta ativa, na solução de problemas e no aprimoramento contínuo. A integração eficaz com os demais serviços da unidade de saúde é fundamental para a criação de um ambiente de confiança, respeito e melhoria constante nos processos e na satisfação dos usuários.

Estabelecendo as diretrizes para a operacionalização com atendimento de qualidade, eficiente e que promova a melhoria contínua dos processos e serviços prestados, facilitando a comunicação entre o usuário e os gestores da instituição, um canal direto para receber reclamações, sugestões e elogios, além de prestar informações sobre os serviços prestados. Visando identificar o grau de satisfação do usuário, promover soluções para os problemas apresentados e sugerir melhorias nos serviços da unidade de saúde, contribuirá também para a melhoria dos processos administrativos e das relações interpessoais com o público interno e externo, estimulando a participação ativa dos usuários na avaliação da qualidade do atendimento.

- Provendo os recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários para a implementação e funcionamento eficaz.
- Analisando e executando as providências com relação aos indicadores de desempenho do serviço.
- Assegurando a gestão qualificada, com a contratação e treinamento de profissionais capacitados.
- Garantindo que as metas de satisfação do usuário, conforme estipulado no Contrato de Gestão ou nas metas institucionais, sejam cumpridas.

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e Ouvidoria da Unidade Pronto Atendimento São Vicente tem como principal finalidade acolher, registrar e encaminhar manifestações dos usuários e seus acompanhantes, promovendo o diálogo entre a população e a gestão da unidade, também atua no fortalecimento da transparência institucional, no estímulo à participação social e na identificação de oportunidades de melhoria dos serviços, contribuindo diretamente para o aperfeiçoamento da qualidade assistencial e para a humanização do atendimento, suas atividades incluem:

- Realizar pesquisas de satisfação para avaliar o grau de satisfação dos usuários.
- Distribuir, recolher e analisar os questionários de avaliação.
- Estabelecer canais de comunicação para facilitar o entendimento entre os usuários e a Unidade de Saúde.
- Realizar visitas periódicas aos pacientes internados para colher feedback sobre o atendimento.
- Atender às solicitações dos usuários e solucionar as questões apresentadas.
- Apurar e encaminhar as justificativas das reclamações aos setores responsáveis.
- Compilar dados para a elaboração de relatórios estatísticos mensais e anuais sobre a satisfação do usuário.
- Coordenar as visitas técnicas realizadas por terceiros e garantir o acompanhamento adequado dos resultados.

- Gerenciar objetos encontrados e entregues, zelando por sua guarda até a reivindicação do proprietário.
- Realizar a gestão das manifestações, garantido a devolutiva ao usuário de forma ágil e transparente.
- Receber, entregar e direcionar os formulários de satisfação do usuário, orientando sobre como acessá-los.
- Encaminhar demandas e solicitações para o SAU.
- Auxiliar os usuários a entenderem as formas de acesso ao SAU, seja pessoalmente, por telefone ou e-mail.
- Conhecer as orientações gerais do SAU e apoiar as solicitações de atendimento em situações de conflito ou reclamações.
- Garantir que objetos perdidos sejam encaminhados imediatamente ao SAU.

O SAU/ Ouvidoria estará vinculado tecnicamente ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e deverá contar com, no mínimo, um profissional qualificado para a execução das suas atividades. O dimensionamento da equipe deverá ser adequado à demanda e à complexidade da unidade de saúde.

O SAU também se responsabiliza por orientar os acompanhantes e pacientes sobre os serviços prestados, bem como fornecer informações essenciais sobre a unidade de saúde, como os procedimentos de classificação de risco e controle de acesso. As regras de acompanhante estão detalhadas, com a responsabilidade de garantir que a circulação de pessoas na unidade seja minimizada para preservar a segurança e o bem-estar de todos. O controle de acesso será implementado para assegurar um ambiente seguro e organizado para pacientes, acompanhantes e profissionais.

O serviço não é apenas um ponto de contato para reclamações, mas também um mecanismo ativo de controle social e aprimoramento contínuo da qualidade. Através da Pesquisa de Satisfação do Usuário, coleta dados essenciais sobre os serviços prestados, permitindo a análise de áreas que necessitam de melhoria. As manifestações são analisadas e encaminhadas aos setores responsáveis, com a devida devolutiva aos usuários. O objetivo é garantir um atendimento humanizado,

eficiente e orientado à solução dos problemas apontados, com a implementação de ações corretivas e preventivas baseadas nas informações coletadas.

O serviço operará com base em um sistema centralizado de comunicação e registro de manifestações. As respostas às reclamações e sugestões serão feitas de maneira rápida e transparente, com o objetivo de melhorar constantemente a experiência do usuário e a qualidade do serviço. A instalação de uma linha telefônica direta e a criação de canais de comunicação acessíveis (como e-mail e telefone) garantirão que as demandas sejam recebidas e tratadas prontamente.

A pesquisa de satisfação do usuário é uma ferramenta essencial para avaliar a percepção dos cidadãos quanto à qualidade dos serviços prestados, fortalecendo a cultura de escuta ativa e subsidiando ações de melhoria contínua. Quando conduzida de forma planejada, ética e sistemática, permite identificar fragilidades, valorizar boas práticas e orientar decisões da gestão com base em evidências. Para garantir a confiabilidade dos resultados e a efetividade das intervenções, é fundamental que o processo de pesquisa ocorra de maneira estruturada e estratégica.

A pesquisa de satisfação e o atendimento ao usuário são ferramentas essenciais para avaliar a percepção dos serviços prestados pela unidade de saúde, permitindo identificar falhas e promover melhorias. Ao ouvir e observar os usuários, é possível compreender melhor suas necessidades e expectativas, orientando ações corretivas e preventivas que contribuam para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade técnica e funcional da assistência oferecida. Considerando a grande importância deste instrumento a Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) se propõe a implantar um aplicativo de fácil uso. O acesso ao SAU e pesquisa de satisfação será:

- Tablet: um profissional, assistente administrativa, estará de posse do equipamento e auxiliará a paciente e/ou acompanhante para o preenchimento.



O paciente ou acompanhante escolhe a opção que deseja, e vai tocando nas respostas que atenderam à sua expectativa em relação à unidade e assistência prestada. As perguntas serão personalizadas em face dos serviços oferecidos por cada unidade, sendo que o gestor de cada unidade terá acesso a apenas suas informações. Ao finalizar, volta para a tela inicial, podendo escolher a opção não respondida se assim o desejar. As informações são processadas e gravadas, e os gestores das unidades, bem como os assessores da sede corporativa podem acompanhar as respostas fornecidas, sem o risco de perder alguma informação. Ao final do mês é gerado pelo sistema um relatório com as análises estatísticas da satisfação geral pela unidade e por cada serviço.

Observação: as demandas do SAU serão acompanhadas diariamente pela assistente social, as vantagens oferecidas pela plataforma estão descritas a seguir.

A Plataforma de Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) constitui-se como uma ferramenta essencial para facilitar a comunicação entre os usuários e a equipe responsável pelo atendimento. Através de seus canais integrados, os usuários podem encaminhar dúvidas, solicitações ou reclamações diretamente à unidade de forma rápida e eficiente. Cada demanda é registrada no sistema por meio de tickets, o que possibilita o acompanhamento em tempo real, a designação para os setores competentes e a resolução estruturada das ocorrências.

Além disso, o sistema disponibiliza uma base de conhecimento com informações relevantes, como formulários padronizados, auxiliando os usuários a encontrarem soluções por conta própria, promovendo a autonomia e a resolução ágil de questões simples. Todas as interações ficam centralizadas na plataforma,

permitindo uma visão completa do histórico de cada usuário e facilitando a identificação de padrões e demandas recorrentes.

Com funcionalidades de automação, o SAU distribui automaticamente as demandas para os responsáveis das áreas correspondentes, otimizando o fluxo de trabalho e acelerando as respostas. Também permite o monitoramento contínuo de indicadores de desempenho, como o tempo médio de resposta e resolução, fornecendo dados essenciais para a gestão da qualidade.

A análise desses indicadores contribui para o aprimoramento constante dos processos de atendimento, aumentando a eficiência operacional e promovendo uma experiência mais satisfatória ao usuário. Ao identificar rapidamente problemas e resolvê-los com assertividade, o SAU fortalece o vínculo entre a unidade de saúde e a população, promovendo transparência, confiança e excelência nos serviços prestados.

4.2.3 Políticas de Humanização: Como Desenvolverá os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para Gestão de Leitos, Acolhimento com Classificação de Risco, dentre outros

A Unidade Pronto Atendimento São Vicente adotará, de forma transversal e integrada, os dispositivos do Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), como estratégia qualificada para a melhoria dos processos assistenciais, organizacionais e relacionais da unidade. A humanização será compreendida como diretriz ético política da gestão e do cuidado, centrada na valorização dos usuários, trabalhadores e gestores, na produção de vínculos, responsabilização compartilhada e resolutividade com equidade.

Acolhimento com Classificação de Risco

O acolhimento com classificação de risco será estruturado como dispositivo central da porta de entrada, assegurando escuta qualificada, avaliação clínica precisa e atendimento por critérios de gravidade e vulnerabilidade, e não por ordem de chegada, conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 2.048/2002. Este processo será

conduzido por profissionais capacitados, com competência técnica e sensibilidade para identificar sinais clínicos prioritários, condições sociais associadas e oferecer orientações claras sobre o percurso assistencial.

Esse dispositivo será acompanhado de uma ambiência que garanta conforto, privacidade e acolhimento, com sinalização acessível, espaços organizados e respeito à diversidade dos usuários. A comunicação será permanente e adaptada ao nível de compreensão de cada pessoa, promovendo o protagonismo do cidadão desde o primeiro contato com a unidade.

Gestão Humanizada dos Leitos de Observação

A gestão dos leitos da sala de observação será orientada pelos princípios da clínica ampliada, corresponsabilidade multiprofissional e uso racional e ético dos recursos disponíveis. A lotação será monitorada em tempo real por sistemas informatizados ou quadros gerenciais visuais (Kanban assistencial), priorizando pacientes com maior complexidade clínica, risco de agravamento, tempo de permanência e necessidade de transferência.

O planejamento de alta, permanência ou transferência será conduzido com base no Projeto Terapêutico Singular (PTS), em diálogo com a equipe de regulação e os serviços de retaguarda. O paciente e seus acompanhantes serão informados, com clareza e empatia, sobre sua evolução clínica, previsão de desfechos e decisões terapêuticas.

Projeto Terapêutico Singular e Apoio Intersetorial

Em situações que envolvam alta complexidade, vulnerabilidade psicossocial ou necessidade de articulação com a rede intersetorial, a equipe poderá construir um Projeto Terapêutico Singular, definindo metas clínicas e sociais, responsabilidades dos profissionais envolvidos e avaliação periódica. A construção do PTS respeitará a singularidade do sujeito, incorporando a participação ativa do paciente, de seus familiares e da equipe.

Ambiência Humanizada

A ambiência física da Unidade Pronto Atendimento São Vicente será organizada conforme os princípios universais, garantindo acessibilidade, conforto, segurança, acolhimento e valorização da dignidade humana. Serão priorizados ambientes climatizados, bem iluminados, com banheiros adaptados, mobiliário confortável, sinalização adequada e espaços destinados ao convívio social e à escuta qualificada.

Esse processo será participativo, envolvendo trabalhadores e usuários na avaliação e aprimoramento contínuo dos espaços, como forma de corresponsabilização e pertencimento institucional.

Valorização dos Profissionais

Reconhecendo que o cuidado humanizado depende diretamente da saúde e do bem-estar de quem cuida, a Unidade Pronto Atendimento São Vicente implantará políticas de valorização dos profissionais, incluindo:

- Programas de educação permanente e atualização técnica;
- Rodas de escuta e apoio emocional às equipes;
- Ações voltadas à promoção da saúde física e mental;
- Reconhecimento institucional do desempenho profissional.

A promoção de ambientes saudáveis e relações de trabalho colaborativas será incentivada por práticas de cogestão, estímulo à autonomia profissional e fortalecimento dos espaços coletivos de decisão.

Escuta Qualificada e Participação Social

A escuta dos usuários será sistematizada por meio do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), da Ouvidoria, de formulários de avaliação de satisfação e de rodas de conversa promovidas com a comunidade. As manifestações recebidas serão analisadas e transformadas em indicadores gerenciais, subsidiando decisões e ações de melhoria contínua dos fluxos, práticas e estruturas.

O compromisso com a transparência, a devolutiva das manifestações e a participação social serão elementos centrais na consolidação de uma cultura institucional humanizada.

Monitoramento e Avaliação dos Dispositivos da PNH

Todos os dispositivos de humanização implantados na Unidade Pronto Atendimento São Vicente serão acompanhados por indicadores específicos, com apoio do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), Comissão de Humanização e Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Reuniões periódicas, auditorias internas e momentos de escuta entre gestores e trabalhadores subsidiarão as tomadas de decisão e garantirão a retroalimentação das práticas com foco na excelência assistencial e no respeito à dignidade humana.

Todos os dispositivos da PNH serão monitorados por meio de indicadores de desempenho, reuniões periódicas do GTH e avaliações institucionais, promovendo uma gestão humanizada, transparente e centrada no usuário.

POLITICA DE HUMANIZAÇÃO

1. Conceito

Humanizar a assistência em saúde é integrar excelência técnico-científica com empatia, solidariedade, ética e respeito à dignidade de cada pessoa. Isso implica reconhecer o usuário como sujeito de direitos e centro do cuidado, valorizando suas dimensões sociais, emocionais, culturais e espirituais, e promovendo a autonomia, o vínculo e a corresponsabilidade nos processos assistenciais.

A Política Nacional de Humanização (PNH**)**, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, orienta mudanças nos modos de cuidar e de gerir, com foco na construção coletiva de relações mais horizontais e na valorização de todos os sujeitos do processo de produção de saúde — usuários, trabalhadores e gestores. Sua aplicação nas Unidades de Pronto Atendimento exige uma abordagem sistêmica, que promova ambiente acolhedor, escuta ativa, resolutividade clínica e gestão compartilhada.

2. Objetivo Geral

Implantar e gerenciar diretrizes e dispositivos da PNH na UPA, com foco na qualificação do cuidado, melhoria dos processos de gestão e valorização das relações humanas, garantindo atendimento digno, ético, seguro e centrado na pessoa.

3. Objetivos Específicos

- Consolidar a cultura da humanização como eixo estratégico de gestão e assistência;

- Qualificar os fluxos de atendimento com foco em acolhimento, segurança e vínculo;
- Capacitar equipes para práticas empáticas, resolutivas e corresponsáveis;
- Estruturar espaços e rotinas para escuta, participação e transparência;
- Estimular ações de promoção à saúde e valorização dos profissionais;
- Implantar indicadores e metodologias de monitoramento da assistência humanizada;
- Integrar os dispositivos da PNH às políticas institucionais de qualidade, ensino e segurança do paciente.

4. Diretrizes

As ações da Política de Humanização serão organizadas com base nos seguintes eixos:

- Acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco;
- Gestão participativa, colegiada e corresponsável;
- Ambiência física e relacional acolhedora, segura e acessível;
- Clínica ampliada, centrada na singularidade e nas necessidades do sujeito;
- Valorização dos trabalhadores, com foco em saúde mental, educação permanente e reconhecimento;
- Defesa dos direitos dos usuários, incluindo o consentimento informado e o direito ao acompanhante;
- Fortalecimento de coletivos institucionais, com protagonismo dos sujeitos;
- Gestão humanizada de leitos, com uso racional, articulação em rede e foco na alta segura.

5. Dispositivos de Humanização

São instrumentos operacionais que traduzem as diretrizes da PNH em práticas cotidianas:

- Acolhimento com Classificação de Risco: implantado como porta de entrada humanizada, com escuta ativa e avaliação clínica criteriosa, priorizando os atendimentos conforme gravidade e vulnerabilidade, e não por ordem de chegada;

- Gestão Humanizada de Leitos: A gestão dos leitos de observação será realizada com acompanhamento contínuo da ocupação, priorizando os casos de maior complexidade clínica e tempo de permanência. Esta prática visa garantir a fluidez assistencial, articulando de forma efetiva com a regulação para transferências qualificadas e centradas no cuidado do paciente. Para apoiar esse processo, será implementada a metodologia Kanban, conforme descrita no projeto, como ferramenta visual de controle e organização do fluxo de pacientes. Essa metodologia contribuirá para uma tomada de decisão mais ágil e integrada, promovendo uma gestão humanizada, transparente e eficiente dos leitos.
- Projeto Terapêutico Singular (PTS): construção interdisciplinar de estratégias de cuidado para casos complexos, envolvendo o paciente e sua rede de apoio;
- Ambiência humanizada: adequação dos espaços físicos e sensoriais à dignidade do cuidado (conforto, climatização, acessibilidade, privacidade);
- Visita ampliada e direito ao acompanhante, respeitando as diretrizes institucionais e a necessidade de apoio do paciente;
- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH): espaço colegiado para fomentar cultura de escuta, empatia e corresponsabilidade;
- Canais de escuta qualificada: pesquisa de satisfação, ouvidoria, SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário);
- Promoção da saúde do trabalhador: apoio psicossocial, acolhimento institucional, reconhecimento profissional e condições de trabalho saudáveis;
- Gestão da informação com linguagem acessível: consentimento informado em procedimentos, orientações claras sobre tempo de espera, fluxos e condutas clínicas;
- Educação permanente em humanização: capacitações contínuas em comunicação, ética, cuidados paliativos, diversidade cultural e inclusão.

6. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)

O GTH é o coletivo institucional responsável por desenvolver, implementar e avaliar estratégias de humanização da gestão e do cuidado na UPA. Atua como articulador entre os diferentes setores e sujeitos da unidade, promovendo o protagonismo dos profissionais e usuários no aprimoramento contínuo do serviço.

Composição mínima:

- Representante da gestão;
- Profissionais das áreas assistenciais, administrativas e de apoio;
- Profissionais de saúde (enfermagem, serviço social, psicologia, medicina);
- Lideranças formais e informais da equipe.

A coordenação do GTH será exercida por membro eleito entre os integrantes, com perfil articulador e compromisso com os princípios da PNH.

7. Atribuições do GTH

- Sensibilizar e formar os profissionais da unidade para práticas humanizadas;
- Diagnosticar necessidades e potencialidades locais em escuta ativa;
- Planejar ações integradas com base nos dispositivos da PNH;
- Avaliar os indicadores de humanização e propor intervenções de melhoria;
- Apoiar a criação de fluxos de atendimento mais acolhedores e resolutivos;
- Estimular a comunicação interna e o fortalecimento do vínculo equipe-usuário;
- Participar da elaboração e atualização de protocolos assistenciais com foco na dignidade;
- Articular o uso dos espaços físicos para promoção do cuidado e da convivência;
- Valorizar os profissionais e estimular o cuidado entre cuidadores;
- Fortalecer a participação dos usuários e a cultura da transparência;
- Articular com o NQSP, a Comissão de Ética, SAU e outras instâncias colegiadas.

8. Indicadores de Monitoramento e Avaliação

Para garantir a efetividade da Política de Humanização, a Unidade Pronto Atendimento São Vicente implantará um sistema de monitoramento contínuo com base em **indicadores qualitativos e quantitativos**, permitindo o acompanhamento, a análise crítica e o aprimoramento das ações. Esses indicadores devem ser

consolidados mensalmente e discutidos pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), gestão de enfermagem e gestão da unidade.

Política: São destinadas ao bem-estar da população, focando suas necessidades nos diferentes ciclos de vida; visa a universalização do acesso aos serviços públicos.

5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICO

5.1 EXPERIÊNCI A ANTERIOR

5.1.1 Contrato De Gestão Com O Poder Público De Unidades Hospitalares

Segue em anexo 05.

5.1.2 Comprovação experiência prévia na condição de mantenedora de hospital filantrópico, em conformidade com a Portaria nº 2.567/2016 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para hospitais integrantes da rede filantrópica do SUS

Segue em anexo 06.

5.1.3 Unidade de Pronto Atendimento experiência em gestão de UPA

Segue em anexo 07.

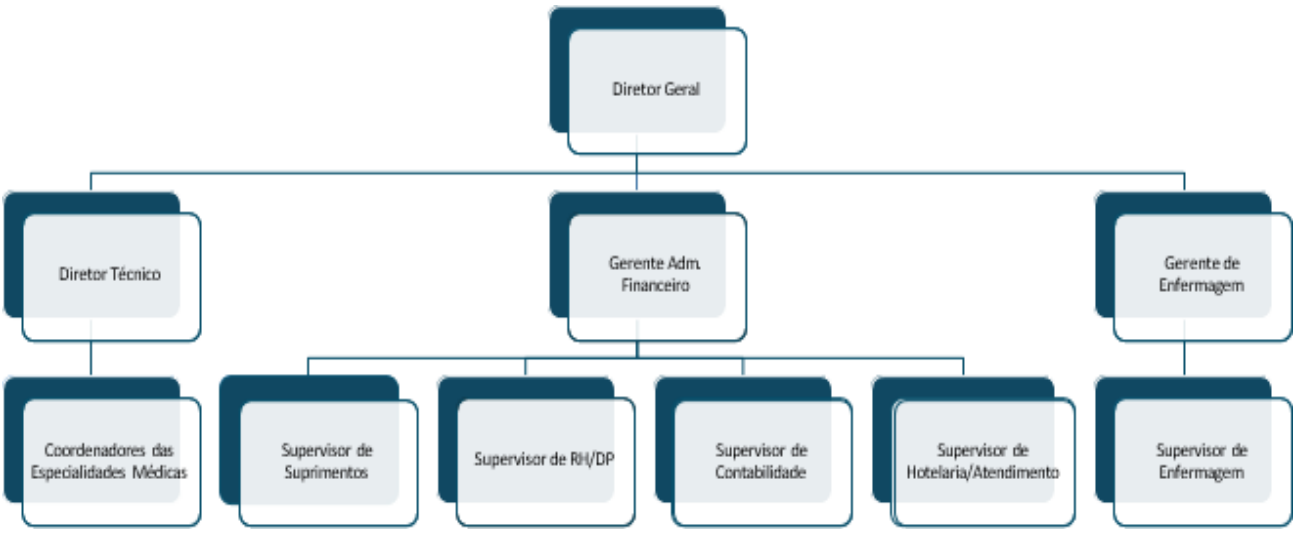
5.2 ESTRUTURA DIRETIVA DA UNIDADE

5.2.1 Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, diretoria geral, técnica, administrativa/financeira, assistencial/gerência de enfermagem, de titulação de especialista em administração hospital ou saúde coletiva.

Segue em anexo 08.

5.2.2 Apresentação De Organograma Com Definição Das Competências De Cada Membro Do Corpo Diretivo.

O Organograma é a representação ilustrativa que demonstra a estrutura organizacional da unidade, definindo os níveis de autoridade e responsabilidade das áreas. A estrutura deverá ser constituída conforme contexto local. A seguir apresentamos um modelo de organograma, utilizado pela Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL).



*Modelo para ser adpatado conforme realidade local.

DESCRIÇÃO DO CARGO DIRETOR/ GESTOR GERAL

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO	DIRETORIA	SETOR
Diretor/ Gestor Geral	Geral	Diretoria

✓ Cumprir e executar a política de gestão da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), e da unidade de saúde;

✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no

"Manual do Colaborador";

✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;

✓ Divulgar aos profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;

✓ Administrar a unidade de saúde, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;

✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;

✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores da unidade, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;

✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;

✓ Tomar todas as providências para que os profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;

✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;

✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da unidade de saúde atualizados para a tomada de decisões;

✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;

✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;

✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas

com foco na Gestão por Competências;

- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
- ✓ Representar a unidade frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Realizar as despesas ordinárias da unidade de saúde e obter, por escrito, a autorização da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), para as extraordinárias;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela própria Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL);
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao setor Administrativo Financeiro;
- ✓ Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL).

GERENTE ADM. FINANCEIRO:

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO Gerente Administrativo/ Financeiro	DIRETORIA	SETOR Diretoria

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) e da unidade de saúde;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos

externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";

- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos profissionais e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Gerenciar, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Participar da elaboração do planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua gestão e com as demais áreas;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da unidade de saúde atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações,

conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela própria Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL);
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Geral.

GERENTE DE ENFERMAGEM:

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO Gerente de Enfermagem	DIRETORIA	SETOR Diretoria

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e da unidade de saúde;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar a unidade de saúde, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e

instruções de trabalho;

✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;

✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria continua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;

✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;

✓ Tomar todas as providências para que os profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;

✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;

✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da unidade de saúde atualizados para a tomada de decisões;

✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;

✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;

✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;

✓ Planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem, visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, isto assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;

✓ Planejar as atividades de Enfermagem, visando à satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-

as conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;

✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades de Enfermagem;

✓ Estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação

DIRETOR TÉCNICO- MÉDICO

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO Diretor Técnico- Médico	DIRETORIA Técnica	SETOR Diretoria

✓ Cumprir e executar a política de gestão da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) e da unidade de saúde;

✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";

✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;

✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;

✓ Divulgar aos profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;

✓ Administrar equipe médica da unidade de saúde, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;

✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;

✓Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria continua na prestação de

assistência humanizada e de qualidade ao usuário;

✓Participar da elaboraação do planejamento estratégico a médio e longo prazo;

✓Tomar todas as providências para que os profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

✓Manter em dia os registros e alvarás dos serviços de sua responsabilidade que exigirem providências;

✓Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais áreas a unidade de saúde;

✓Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da unidade de saúde atualizados para a tomada de decisões;

✓Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;

✓Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;

✓Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação com foco na Gestão por Competências;

✓Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos, além de um sistema de avaliação de pessoal contínua;

✓Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;

✓Realizar as atividades que o Diretor/ Gestor Geral lhe confiar;

✓Selecionar os prestadores de serviços médicos, definindo e provendo recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;

✓Manter, de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento ao Corpo Clínico médico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao Conselho Regional de Medicina.

✓Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;

✓Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades do Corpo Clínico Médico;

✓Estabelecer sistemas de supervisão médica.

5.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

5.3.1 Descrição da Organização das diferentes clínicas.

A descrição da organização dos serviços assistenciais encontra-se detalhadamente no item 2.1.14, abordando todos os tópicos pertinentes conforme solicitado.

5.3.2 Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a unidade

Área das Unidades Clinicas/ Assistencial:

O Serviço de Enfermagem abrange todas as unidades de observação, pronto socorro unidade urgência e emergência, procedimentos, SADT, central de material esterilizado e equipes multiprofissionais.

Horário de Funcionamento:

O Serviço de Enfermagem funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, com as funções administrativas realizadas de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

Estrutura Organizacional:

O Serviço de Enfermagem está subordinado diretamente à Gerência Assistencial, com a responsabilidade técnica do Enfermeiro RT (Responsável Técnico).

Atribuições Gerais da Equipe de Enfermagem:

Garantir a continuidade da assistência, realizar Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), passagem de plantão, conferência das prescrições, administração de medicamentos, fluxo das salas, comunicar ausências, cumprir normas de infecção hospitalar, gerenciar resíduos e manter a dignidade, privacidade e conforto do paciente, bem como, participar das capacitações e treinamentos desenvolvidos pela educação continuada para sua qualificação.

Atribuições do Gerente de Enfermagem (Enfermeiro RT):

Responsável pela supervisão da equipe, planejamento da escala diária, supervisão de procedimentos, gestão de materiais e equipamentos, além de prestar assistência de enfermagem ética e técnica. É o responsável técnico pelo serviço de enfermagem.

Atribuições do Enfermeiro:

Responsável pela supervisão direta da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares), promovendo o alinhamento das ações com os protocolos institucionais e com os princípios éticos e legais da profissão. Compete ao enfermeiro o planejamento e a elaboração da escala diária de trabalho, considerando o dimensionamento adequado de pessoal, a cobertura de turnos e a complexidade da demanda assistencial, assegurando a continuidade e a resolutividade do cuidado. Presta cuidados diretos aos usuários em situações que exigem maior complexidade, como administração de medicamentos, suporte em emergências, realização de curativos especializados, punções e sondagens, além de participar ativamente da tomada de decisões clínicas em conjunto com a equipe multiprofissional

Atribuições do Técnico de Enfermagem:

Realizar cuidados diretos aos pacientes, como administração de medicamentos, monitoramento de sinais vitais, organização da unidade e registro dos cuidados prestados. Auxiliar o enfermeiro e garantir o cumprimento dos protocolos de segurança do paciente.

Abaixo segue quadro com o cálculo de dimensionamento da Equipe de Enfermagem seguindo a resolução COFEN Nº 743/ 2024 e Parecer COFEN Nº 01/2024, utilizando como referência o espelho semanal.

OBSERVAÇÃO (17 LEITOS INDIFERENCIADO)

ÁREA OPERACIONAL	CATEGORIA	2º A 6º				2º A 6º = X 5	SABADO E DOMINGO = X 2				SABADO E DOMINGO = X 2	TOTAL SF ENF	TOTAL SF TE
		M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
	NS	1	1	1	1	20	1	1	1	1	8	28	0
LEITOS DE OBSERVAÇÃO (16)	NM	3	3	2	2	50	3	3	2	2	20		70
TOTAL												28	70
QP_{ENF} =28 X 6 X 1,15 / 36	5,4												
QP_{TE} = 70 X 6 X 1,15 / 36	13,4												

OBSERVAÇÃO (PEDIATRICA - 05/ ISOLAMENTO-01/ MASCULINO - 03/ FEMININO - 05)

ÁREA OPERACIONAL	CATEGORIA	2º A 6º				2º A 6º = X 5	SABADO E DOMINGO = X 2				SABADO E DOMINGO = X 2	TOTAL SF ENF	TOTAL SF TE
		M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
LEITOS DE OBSERVAÇÃO (05 INF. E 01 ISOL.)	NS	1	1	1	1	20	1	1	1	1	8	28	0
	NM	2	2	1	1	30	2	2	1	1	12		42
LEITOS DE OBSERVAÇÃO (03 MASC. E 05 FEM)	NS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NM	2	2	1	1	30	2	2	1	1	12		42
TOTAL												28	84
QP_{ENF} = 28 X 6 X 1,15 / 36	5,4												
QP_{TE} = 84 X 6 X 1,15 / 36	16,1												

EMERGÊNCIA(02)/ APOIO (MEDICAÇÃO/PROCEDIMENTOS/ ECG/ CME/ REMOÇÃO)

ÁREA OPERACIONAL	CATEGORIA	2º A 6º				2º A 6º = X 5	SABADO E DOMINGO = X 2				SABADO E DOMINGO = X 2	TOTAL SF ENF	TOTAL SF TE
		M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
	NS	1	1	1	1	20	1	1	1	1	8	28	0
LEITOS DE OBSERVAÇÃO (05)	NM	1	1	1	1	20	1	1	1	1	8		28
SALA DE MEDICAÇÃO/ PROCEDIMENTOS/ ECG	NM	2	2	2	2	40	2	2	2	2	16		56
SALA CME/ REMOÇÃO	NM	1	1	0	0	10	1	1	0	0	4		14
TOTAL												28	98
QP_{ENF} = 28 X 6 X 1,15 / 36	5,4												
QP_{TE} = 98 X 6 X 1,15 / 36	18,8												

PRONTO SOCORRO - ACCR

ÁREA OPERACIONAL	CATEGORIA	2º A 6º				2º A 6º = X 5	SABADO E DOMINGO = X 2				SABADO E DOMINGO = X 2	TOTAL SF ENF	TOTAL SF TE
		M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
	NS	1	1	1	1	20	1	1	1	1	8	28	0
ACCR	NM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
TOTAL												28	0
QP_{ENF} = 28 X 6 X 1,15 / 36	5,4												
QP_{TE} = 0 X 6 X 1,15 / 36	0,0												

Atribuições da Equipes Multiprofissionais:

Psicólogo:

Responsável pelo apoio psicológico aos pacientes e familiares, realizando acolhimento, intervenções terapêuticas e acompanhamento emocional. Também atua na promoção da saúde mental e no enfrentamento das adversidades relacionadas à assistência.

Equipe: 01 profissional, de segunda a sexta-feira atuando 08 horas diárias.

Assistente Social:

Presta apoio aos pacientes e familiares em situações de vulnerabilidade social, orientando sobre direitos, benefícios e encaminhamentos. Realiza avaliações socioeconômicas e atua em conjunto com a equipe multidisciplinar para garantir a assistência integral aos pacientes.

Equipe: Total de 03 profissionais, todos os dias da semana, sendo um por plantão, de acordo com a escala, atuando 12 horas diárias.

Nutricionista RT (Responsável Técnico):

É o responsável técnico pelo serviço de nutrição, supervisionando a equipe de nutricionistas e garantindo que as práticas nutricionais estejam de acordo com as normas e protocolos. Avalia as necessidades nutricionais dos pacientes e coordena o planejamento alimentar e planeja as dietas adequadas para os pacientes de acordo com suas condições clínicas. Realiza o acompanhamento nutricional e faz recomendações alimentares personalizadas para promover a recuperação e saúde do paciente.

Equipe: 01 profissional, de segunda a sexta-feira atuando 08 horas diárias.

Técnico de Nutrição:

Auxilia na preparação e distribuição das dietas conforme as orientações do nutricionista. Realiza o controle de qualidade dos alimentos, garantindo que atendam aos padrões de segurança alimentar e nutricional.

Equipe: 01 profissional, de segunda a sexta-feira atuando 08 horas diárias.

Farmacêutico RT (Responsável Técnico):

Responsável técnico pela gestão do serviço e supervisão dos processos relacionados ao uso de medicamentos, incluindo a orientação sobre a manipulação, controle e distribuição dos fármacos. Garante o cumprimento das normas sanitárias e promove a segurança na administração dos medicamentos, realiza a dispensação de medicamentos, orientando pacientes e equipe sobre o uso correto, dosagens e possíveis efeitos adversos, também atua na gestão e controle de estoque de medicamentos e participa da gestão de farmácia da unidade de saúde.

Equipe: 01 profissional, de segunda a sexta-feira atuando 08 horas diárias.

Farmacêutico

Responsável técnico pela supervisão dos processos relacionados ao uso de medicamentos, incluindo a orientação sobre a manipulação, controle e distribuição dos fármacos. Garante o cumprimento das normas sanitárias e promove a segurança na administração dos medicamentos, realiza a dispensação de medicamentos, orientando pacientes e equipe sobre o uso correto, dosagens e possíveis efeitos

adversos, também atua na gestão e controle de estoque de medicamentos e participa da gestão de farmácia da unidade de saúde.

Equipe: Total de 05 profissionais, todos os dias da semana, sendo um por plantão, de acordo com a escala, atuando 12 horas diárias.

Enfermeiro SCIRAS (Serviço de Controle de Infecção Relacionadas a Assistência Saúde) / NVE (Núcleo de Vigilância Epidemiológica):

Responsável pela implementação e monitoramento de protocolos relacionados ao controle de infecções relacionadas assistência saúde, promovendo a adesão aos procedimentos de prevenção e controle, além de orientar a equipe quanto às práticas de higienização e prevenção de infecções, também irá desempenhar funções estratégicas no Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) da UPA 24h atua na investigação de surtos, análise de dados epidemiológicos e elaboração de relatórios para subsidiar ações de melhoria contínua, a redução de riscos e a vigilância contínua dos eventos adversos

Equipe: 01 profissional, de segunda a sexta-feira atuando 08 horas diárias.

Enfermeiro da Qualidade / NEP (Núcleo de Educação Permanente):

Atua no gerenciamento da qualidade da assistência, desenvolvendo e monitorando indicadores de desempenho e qualidade. Trabalha na implementação de boas práticas, na avaliação contínua de processos e no desenvolvimento de estratégias para melhorias nos serviços de saúde e responsável pela formação, educação e capacitação contínua das equipes da unidade da saúde enfermagem, coordenando programas de treinamento e atualização profissional para melhorar a qualidade da assistência prestada na unidade de saúde.

Equipe: 01 profissional, de segunda a sexta-feira atuando 08 horas diárias.

Enfermeiro Supervisor e Responsável pelo NIR (Núcleo de Interno de Regulação):

Atua de forma contínua na organização da assistência, auxiliando a Gerencia de Enfermagem, garantindo a qualidade do cuidado, o cumprimento dos protocolos

assistenciais, a gestão de equipe técnica e o suporte à tomada de decisão em situações críticas, organização dos fluxos internos da unidade, regulação de leitos de observação e articulação com a Central de Regulação para transferências hospitalares, acompanhamento de indicadores, controle de materiais e supervisão das rotinas dos setores assistenciais.

Equipe: Total de 04 profissionais, todos os dias da semana, sendo um por plantão, de acordo com a escala, atuando 12 horas diárias.

5.3.3 Horários de atividade de urgências, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso)

A Unidade Pronto Atendimento São Vicente manterá estrutura assistencial organizada de forma a assegurar a continuidade, a resolutividade e a qualidade dos atendimentos de urgência e emergência, conforme as normativas do Ministério da Saúde e os princípios do SUS. Os profissionais médicos são distribuídos de forma estratégica, considerando o perfil epidemiológico da população atendida, os horários de maior demanda e a complexidade dos casos.

A seguir, descrevem-se os horários de cobertura médica, distinguindo entre presença física, modalidade de telemedicina:

Coordenador Médico / RT:

- Atuação exclusivamente presencial durante o período de 04 horas de segunda a sexta-feira, com possibilidade de disponibilidade por telefone fora do horário, para apoio estratégico ou encaminhamentos administrativos urgentes. Responsável técnico perante os Conselhos Profissionais e órgãos reguladores. Supervisão técnica e ética dos atos médicos realizados na Unidade Pronto Atendimento São Vicente. Acompanhamento e apoio à implementação de protocolos clínicos e fluxos assistenciais, promovendo a resolubilidade e a segurança do paciente;

Médico Clínico Geral/ Emergencista (presencial)

- Atuação contínua nas salas de atendimento clínico adulto, observação e suporte em casos de emergência. Realiza triagem, avaliação diagnóstica, prescrição

terapêutica, estabilização de casos graves e encaminhamentos conforme classificação de risco.

- Atua diretamente nos atendimentos de urgência e emergência, com foco nos casos de maior complexidade, responsável pelo suporte avançado de vida, atuação em intercorrências graves, supervisão técnica dos procedimentos e apoio à equipe multiprofissional.

Pediatria (telemedicina)

- Horário a ser estabelecido considerando a maior incidência de demanda pediátrica neste período. Realiza avaliação clínica por vídeo, orientações terapêuticas, prescrição eletrônica e encaminhamentos, com suporte presencial da equipe de enfermagem local.

Regime de Sobreaviso

- Inicialmente, foi planejada a disponibilização de um médico com especialização em ultrassonografia em regime de sobreaviso. No entanto, essa especialidade não consta como obrigatória no edital de chamamento, tampouco é exigida pela Portaria nº 10/2017 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), que define as diretrizes de funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, a presença do equipamento de ultrassonografia na unidade representa um diferencial que pode contribuir significativamente para a agilidade diagnóstica e a qualificação do atendimento prestado. Diante desse cenário, a gestão realizará uma análise da demanda assistencial para avaliar a pertinência e viabilidade da manutenção desse serviço em sobreaviso, buscando alinhar o fluxo de atendimento às reais necessidades da população e à normativa vigente.

ESPECIALIDADES	TURNO DIA	TURNO NOITE	HORAS DE TRABALHO	OBSERVAÇÃO
COORDENADRO/ RT			4	SEGUNDA A SEXTA - FEIRAS
PLANTÃO CLINICO/ EMERGENCISTA			24	TODOS OS DIA DA SEMANA
TELEMEDICINA PEDIATRICA			3	SEGUNDA A SEXTA-FEIRAS
ESPECIALISTA EM DIAGNOSTICO POR IMAGEM - USS			6	A SER DEFINIDO COM A DEMANDA E PROFISSIONAL

5.3.4 Especialmente descrever as unidades de salas de cirurgia; urgências e ambulatórios.

Urgência e Emergência

No pronto-socorro pediátrico, a distinção entre urgência e emergência orienta a triagem e o protocolo de atendimento, sendo o atendimento às emergências sempre prioritário. As crianças em situações de urgência também devem ser atendidas rapidamente, mas sua situação permite uma abordagem mais escalonada conforme a gravidade de cada caso.

Emergência refere-se a situações em que o paciente apresenta um risco iminente de vida ou de dano grave à saúde, sendo necessária uma intervenção imediata. Exemplos incluem paradas cardiorrespiratórias, traumas severos, convulsões, dificuldades respiratórias graves, queimaduras extensas, intoxicações e hemorragias maciças. O atendimento a casos de emergência deve ser rápido e prioritário, com a equipe médica pronta para atuar de forma intensiva e coordenada.

Urgência, por outro lado, envolve condições que, embora não representem um risco imediato de morte ou dano irreversível, exigem avaliação e intervenção médica rápida para evitar que se agravem. Casos comuns de urgência pediátrica incluem febres altas persistentes, crises asmáticas moderadas, desidratação, infecções graves ou quedas com lesões sem risco imediato à vida, mas que necessitam de diagnóstico e tratamento em tempo hábil para prevenir complicações.

Estrutura física: Composta por leitos de emergência, equipamentos de reanimação, como: respirados, monitor, desfibrilador, entre outros necessários ao tipo de assistência a ser prestado. Observações feminina, masculina, pediátrica e

indiferenciado, sala de procedimentos/ curativos/ medicamentos e consultórios clínicos.

***Salas de Cirúrgia e Ambulatório**: Não se aplica em UPA, é fundamental esclarecer que a UPA não realiza cirurgias e tampouco funciona como ambulatórios de especialidades. O seu papel é acolher pacientes em situação aguda, estabilizar quadros clínicos e, quando necessário, realizar a regulação para unidades hospitalares com suporte cirúrgico ou internação.*

Pacientes com necessidade de acompanhamento ambulatorial especializado ou cirurgias devem ser encaminhados, via regulação, para unidades hospitalares ou ambulatoriais adequadas à continuidade do cuidado, respeitando os fluxos estabelecidos pela Rede de Atenção à Saúde.

5.3.5 Descrição da organização das unidades de internação (Enfermaria)

A Unidade de Pronto Atendimento não possui unidades de internação ou enfermarias, conforme sua natureza e diretriz de funcionamento estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.048/2002, que define a UPA como um serviço de urgência e emergência destinado à atenção de média complexidade, com caráter de atendimento temporário e transitório.

A estrutura assistencial da UPA contempla exclusivamente unidade de observação clínica e estabilização, com tempo de permanência limitado a até 24 horas, conforme previsto na normativa vigente.

5.3.6 Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da secretaria de estado da saúde

A proposta apresentada está plenamente alinhada às diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/ SE), fundamentando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, integralidade,

equidade, descentralização, regionalização, hierarquização da rede de atenção, participação social e gestão democrática.

A gestão proposta pela Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), adota um modelo gerencial baseado na gestão compartilhada e participativa, com foco na humanização, resolutividade, inovação e eficiência. O objetivo é garantir a oferta de serviços de saúde de forma ética, qualificada, contínua e integrada à Rede de Atenção à Saúde, contribuindo ativamente para o fortalecimento do SUS em nível local e regional.

Esse modelo gerencial valoriza a implantação de ferramentas modernas de governança clínica e administrativa, assegurando o monitoramento contínuo de resultados, a qualificação dos fluxos assistenciais e a adoção de práticas baseadas em evidências, sempre respeitando as normativas e pactuações estabelecidas pela SES. A execução das ações será realizada com base em indicadores de desempenho, metas assistenciais, protocolos clínicos e mecanismos de avaliação permanente, garantindo conformidade com as exigências contratuais e regulatórias.

Além disso, a proposta respeita e fortalece as funções reguladoras da SES/ SE nos processos de acompanhamento, supervisão, avaliação e controle, mantendo a transparência, a responsabilização dos gestores e o estímulo à participação social. A relação com a SES/ SE será orientada por princípios de cooperação técnica e administrativa, assegurando comunicação permanente, prestação de contas qualificada e integração com os demais pontos da rede de atenção.

Dessa forma, a proposta da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), não apenas se compatibiliza com as diretrizes da SES, como também contribui para o seu aprimoramento, por meio de:

- Garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde;
- Qualificação dos processos de cuidado e da gestão com base em inovação e evidências;
- Fortalecimento da regionalização e hierarquização da atenção;
- Promoção da coordenação do cuidado e integração entre os níveis de atenção;
- Transparência na gestão e estímulo ao controle social;

- Valorização das equipes e fortalecimento das instâncias colegiadas de decisão.

Trata-se, portanto, de uma proposta orientada à construção para Unidade Pronto Atendimento São Vicente resolutiva, acolhedora, eficiente e articulada com os objetivos estratégicos da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe/ SE, fortalecendo a saúde pública com qualidade, compromisso e responsabilidade institucional.

5.3.7 Descrição de como o proponente estabelecerá a Contra–Referência com a atenção primária e com outros hospitais.

A Unidade de Pronto Atendimento São Vicente reconhece a Contra-Referência como uma etapa essencial para garantir a continuidade do cuidado em saúde e fortalecer a integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Contra-Referência é o processo por meio do qual os pacientes atendidos e estabilizados na Unidade Pronto Atendimento São Vicente, e que necessitam de acompanhamento clínico após a alta, são encaminhados de forma estruturada à Atenção Primária à Saúde (APS) ou a hospitais de retaguarda, conforme suas necessidades.

Para assegurar que esse processo ocorra de maneira qualificada, humanizada e resolutiva, a Unidade Pronto Atendimento São Vicente estabelecerá um plano de Contra-Referência que contemple fluxos claros, protocolos definidos, comunicação eficiente entre os pontos da rede e monitoramento sistemático dos desfechos.

O objetivo principal do plano é garantir que os pacientes que não demandam internação imediata, mas que precisam de continuidade do cuidado, recebam o encaminhamento necessário para seguimento na APS ou em outro serviço da RAS, evitando agravamentos, internações desnecessárias e retorno precoce à urgência.

A Unidade Pronto Atendimento São Vicente contará com protocolos padronizados para a Contra-Referência, elaborados com a participação da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, assistentes sociais) e profissionais nos seguimentos de APS ou em outro serviço da RAS, detalhando as orientações clínicas, os cuidados a serem mantidos, os critérios de seguimento e o serviço de destino. Esses protocolos serão utilizados para todos os pacientes que, após atendimento na urgência,

apresentem condições clínicas estáveis e necessidade de continuidade do cuidado em outros pontos da rede.

A equipe da Unidade de Pronto Atendimento, especialmente os profissionais de enfermagem e serviço social, será responsável por orientar o paciente e sua família sobre o motivo do encaminhamento, o local de destino e os cuidados que deverão ser mantidos após a alta. Em casos de maior vulnerabilidade ou necessidade de transporte, serão acionados os mecanismos municipais de apoio ao usuário.

O processo de Contra-Referência será monitorado por meio de indicadores institucionais, como percentual de Contra-Referência efetivadas e nível de satisfação dos usuários. Esses dados serão analisados pelas coordenações assistenciais e pelos núcleos de qualidade e segurança, subsidiando ações de melhoria contínua nos fluxos de atendimento.

A implantação do plano de Contra-Referência na Unidade Pronto Atendimento São Vicente reafirma o compromisso com o cuidado integral e em rede, garantindo que o atendimento de urgência seja apenas o início de um processo contínuo e articulado, centrado nas necessidades do paciente e na resolutividade do sistema de saúde.

5.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

5.4.1 A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS, O ENTE INTERESSADO DEVERÁ APRESENTAR, ENTRE OUTRAS, AS SEGUINTES INFORMAÇÕES: DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO, BEM COMO HORÁRIOS DE TRABALHO; ESTRUTURA DE CHEFIA; MEMBROS E VÍNCULO COM A UNIDADE.

Acrescentamos a seguir, outros serviços diretamente vinculados à gestão administrativa, incluem-se também, a seguir, outros setores de apoio que mantêm estreita relação com a área administrativa e são fundamentais para o funcionamento.

5.4.1.1 Organização das atividades administrativas e de apoio

As áreas administrativas e de apoio, são elos que interligados com a assistência desenvolvem atividades importantes para o bom funcionamento e a

eficiência do ambiente da unidade de saúde. Enquanto os serviços de apoio, como alimentação, limpeza, segurança e transporte, garantem o conforto, a higiene e a segurança dos pacientes e profissionais, os serviços administrativos, como gestão de recursos humanos, faturamento, controle financeiro e logística, asseguram a Instituição e o cumprimento das normas internas e regulamentações legais. Juntos, esses serviços oferecem suporte essencial às atividades clínicas e contribuem para a qualidade do atendimento, a satisfação dos pacientes e a gestão eficiente dos recursos da unidade de saúde.

5.4.1.2 Serviço de Contabilidade

Departamento responsável por assegurar que todas as operações financeiras sejam registradas e reportadas de acordo com as normas contábeis e regulatórias aplicáveis, garantindo a transparência e o cumprimento das obrigações fiscais e tributárias da instituição. A contabilidade é essencial para a correta gestão financeira e para a tomada de decisões estratégicas, oferecendo informações precisas sobre a saúde financeira da unidade de saúde.

Responsável em registrar todas as transações financeiras da unidade de saúde, incluindo receitas, despesas, investimentos e movimentações bancárias. Esses registros devem ser feitos de forma detalhada e precisa, conforme os princípios contábeis estabelecidos pela legislação vigente.

Uma das funções fundamentais do departamento é a elaboração de demonstrações contábeis, como o Balanço Patrimonial e a Demonstração do Resultado do Exercício (DRE). Estas demonstrações são essenciais para monitorar a saúde financeira da Instituição e cumprir com as exigências legais e fiscais, sendo também utilizadas para decisões estratégicas e relatórios.

Ao apurar e calcular os impostos devidos, deve garantir o cumprimento de todas as obrigações fiscais e tributárias da unidade de saúde, como o pagamento de tributos federais, estaduais e municipais, sempre atento as mudanças na legislação tributária e implementar as devidas adaptações.

Realiza também a conciliação contábil com registros financeiros precisos e reflitam a realidade econômica da unidade de saúde, controle de ativos e passivos,

auditorias (interna e externa) assegurando as práticas contábeis, lançamento da folha de pagamento e benefícios.

Fornecem também relatórios gerenciais detalhados, que auxiliam a administração na tomada de decisões e usados para o planejamento orçamentário, a avaliação de desempenho e o controle de custos.

Profissional: Analista Contábil Financeiro

Atividade: responsável pelo serviço de contabilidade tem como principal função garantir a organização e a precisão das informações financeiras da instituição. Ele deverá realizar lançamentos contábeis, controlar as movimentações financeiras, elaborar relatórios, analisar balancetes e demonstrativos financeiros, além de assegurar o cumprimento das obrigações fiscais e contábeis de acordo com a legislação vigente

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo, com horário de almoço.

*Nota: em alguns contratos este serviço pode ser realizado por empresa especialista terceirizada.

5.4.1.3 Serviço Patrimonial

Este serviço é responsável pela gestão, controle e conservação de todos os bens móveis e imóveis da instituição. Isso inclui a realização de inventários periódicos, a classificação e o registro detalhado de ativos, além do controle de entradas e saídas de bens.

O serviço também assegurando que estejam sempre em condições ideais de uso e realiza o controle patrimonial, garantindo que todos os bens sejam devidamente registrados, monitorados e avaliados ao longo de sua vida útil. Isso envolve a gestão da depreciação dos ativos, o acompanhamento da utilização dos bens e a correta destinação de itens obsoletos ou danificados.

Tem por objetivo otimizar o uso dos recursos, garantir a segurança patrimonial e assegurar o cumprimento das normas contábeis e de segurança, com uma gestão

eficiente contribui assegurando que os recursos sejam utilizados de forma adequada e a continuidade do atendimento aos pacientes.

Profissional: Analista de Patrimonio. Com experiência prévia em gestão patrimonial, com conhecimento em controle de bens e auditoria.

Atividade: O profissional responsável pelo serviço patrimonial tem como função garantir a gestão eficiente e o controle de todos os bens patrimoniais da instituição. Este trabalho envolve a aquisição, registro, manutenção, conservação, controle e baixa de ativos físicos, assegurando que os bens sejam usados adequadamente e que sua vida útil seja maximizada. Além disso, ele deve fornecer relatórios regulares sobre o estado patrimonial, apoiar auditorias e garantir conformidade com a legislação vigente.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo, com horário de almoço.

5.4.1.4 Serviço de Engenharia Clinica

Responsável pela gestão de equipamentos médicos e a manutenção do ambiente de saúde em geral através de terceirização por empresa especializada, mas ainda devem ser conduzidas com a supervisão e coordenação da unidade de saúde. Nesse contexto, as funções e responsabilidades do engenheiro clínico ou da equipe responsável por esse serviço tornam-se ainda mais cruciais para garantir a continuidade do atendimento de qualidade, a segurança dos pacientes e a eficiência operacional.

Desempenham atividades técnicas incluindo o acompanhamento de todas as etapas relacionadas à gestão e manutenção dos equipamentos médicos hospitalares, alinhado as constantes necessidades e expectativas da unidade de saúde, garantindo a execução de maneira eficiente e dentro dos padrões acordados. Garantir controle de estoque de equipamentos, o monitoramento da validade de manutenções preventivas, a realização de manutenções corretivas quando necessário, e a calibração dos dispositivos médicos, assegurar que todos os equipamentos atendam às normas regulamentadoras de segurança e qualidade, e esteja disponível para emergências caso algum equipamento apresente falha.

Entendemos a necessidade de acompanhamento por engenheiro clinico nos processos de recebimento, distribuição e instalação dos equipamentos médicos, desde a chegada dos dispositivos na Instituição até a correta instalação nas áreas apropriadas, para que os equipamentos estejam devidamente testados e funcionando antes de serem liberados para uso.

Outro ponto de impacto é o apoio a capacitação contínua e atualizada dos profissionais quanto ao correto manuseio dos equipamentos médicos, com ênfase na segurança do paciente e na prevenção de falhas operacionais.

No entanto, é essencial que o da unidade de saúde tenha uma supervisão rigorosa sobre o desempenho da empresa contratada para garantir que os serviços atendam a todos os requisitos técnicos e regulatórios, assegurando a segurança e o bem-estar dos pacientes e profissionais.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo, com horário de almoço.

*Nota: Este serviço geralmente é realizado por empresa especialista terceirizada.

5.4.1.5 Serviço de Faturamento Hospitalar/ Estatística/ SAME

O Serviço de Faturamento é responsável pelo processamento das contas dos pacientes assistidos, com o objetivo de garantir o fluxo adequado de recursos financeiros para a instituição, assegurando a precisão nas cobranças pelos serviços prestados. Esse serviço desempenha um papel crucial no controle financeiro da unidade de saúde, permitindo a organização e a transparência das despesas e receitas.

Finalidades do Faturamento:

- Elaboração as contas detalhadas de todos os pacientes atendidos, considerando todos os serviços prestados, materiais utilizados, medicamentos e exames realizados.
- Registrar todas as despesas relacionadas aos atendimentos da unidade de saúde, como materiais de consumo, medicamentos, exames complementares, entre outros, garantindo que todos os custos sejam corretamente atribuídos.

- Produzir relatórios financeiros e operacionais que forneçam dados para a administração da unidade de saúde, auxiliando na tomada de decisões, avaliação de desempenho e monitoramento da produtividade da instituição.
- Alimentar os sistemas do DATASUS com as informações necessárias, conforme as exigências do Ministério da Saúde, para garantir a conformidade e o correto repasse de recursos.
- Enviar toda a documentação relevante ao setor de documentação da instituição, após o atendimento ou óbito do paciente, garantindo que todos os registros sejam atualizados conforme os protocolos estabelecidos.

Tem como atribuições: Coletar e organizar toda a documentação necessária para a elaboração das contas da unidade de saúde, incluindo recibos, notas fiscais e registros de serviços prestados; Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta, verificando as prescrições médicas e avaliando a possibilidade de cobrança dos serviços, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde; garantir que os débitos pelos serviços prestados sejam corretamente faturados, considerando todos os serviços realizados durante a internação, de acordo com as normas e procedimentos internos da Instituição e Manutenção e atualização das informações da Instituição no sistema CNES.

Este serviço é essencial para o equilíbrio financeiro e a sustentabilidade da unidade de saúde, além de contribuir para a conformidade com as exigências legais e regulatórias, assegurando uma gestão eficaz dos recursos.

5.4.1.5.1 Faturamento - Incremento de Receita (INOVAÇÃO)

O incremento de receita no faturamento da unidade de saúde é uma estratégia essencial para melhorar a sustentabilidade financeira da instituição e garantir a qualidade dos serviços prestados. Abaixo estão algumas sugestões práticas para otimizar o processo de faturamento e aumentar a geração de receita, mantendo a conformidade com as normas regulatórias e melhorando a eficiência dos serviços.

1. Melhoria no Processo de Codificação e Classificação de Procedimentos

- Capacitação da equipe, garantir que a equipe de codificação de procedimentos seja bem treinada nas atualizações da Classificação Internacional de

Doenças (CID) e da Tabela de Procedimentos (CBHPM), para evitar erros de faturamento que possam resultar em pagamentos menores.

- Auditorias internas, realizar auditorias internas periódicas para verificar se os procedimentos realizados estão sendo corretamente codificados e se todos os serviços prestados estão sendo faturados.
- Revisão da ficha de alta do paciente, assegurar que todas as informações da alta sejam revisadas para incluir todos os procedimentos realizados durante a internação, como exames, terapias e consultas.

2. Otimização da Gestão de Leitos e Aumento da Taxa de Ocupação

- Melhor aproveitamento dos leitos, implementar um sistema eficiente de gerenciamento de leitos, garantindo que a taxa de ocupação esteja sempre alta, minimizando períodos de leitos vagos.
- Redução da permanência média, identificar oportunidades para reduzir a permanência dos pacientes sem comprometer a qualidade do atendimento, utilizando protocolos de alta precoce onde possível, sem comprometer a segurança.

4. Diversificação de Serviços e Procedimentos

- Expansão de serviços especializados, investir em serviços especializados que atendam a demanda da região.
- Telemedicina e consultas à distância, explorar a implementação de serviços de telemedicina para aumentar a acessibilidade e o número de atendimentos, especialmente em especialidades que permitem consultas online.

5. Aprimoramento dos Processos Administrativos e de Atendimento

- Agilização do processo de faturamento, implementar sistemas de faturamento mais ágeis e eficazes, como plataformas eletrônicas que integrem os dados dos pacientes, médicos e serviços prestados, garantindo que todas as informações sejam processadas rapidamente e sem erros.
- Treinamento contínuo da equipe, realizar treinamentos periódicos com a equipe de faturamento para garantir que todos estejam atualizados com as normas, tabelas e exigências legais, minimizando erros que possam resultar em perdas financeiras.

6. Aproveitamento de Tecnologias para Otimização do Faturamento

- Automação e Inteligência Artificial, investir em soluções tecnológicas como automação de processos, inteligência artificial para análise de dados e softwares de gestão de saúde, que podem identificar oportunidades de faturamento que antes poderiam ser negligenciadas.
- Integração de sistemas, garantindo que o sistema de faturamento esteja integrado com outros sistemas da instituição (prontuário eletrônico, sistemas de gestão hospitalar, etc.), facilitando o processamento das informações e o acompanhamento de todos os procedimentos realizados.

7. Promoção de Parcerias Estratégicas

- Parcerias com médicos e outros prestadores de serviços, estabelecendo alianças estratégicas com médicos e outros prestadores de serviços, garantindo que todos os procedimentos realizados estejam devidamente faturados e que a unidade de saúde receba adequadamente pelos serviços prestados.

5.4.1.5.2 Serviço Arquivo de Prontuário e Estatística (SMAE)

O Serviço de Arquivo de Prontuários é uma área essencial dentro do serviço de saúde, é fundamental para o processo de organização e gestão da informação clínica. Sua existência decorre da necessidade de garantir a correta confecção, manutenção, conservação e guarda dos prontuários dos pacientes que necessitam de assistência médica. Além de ser um arquivo legal e médico, o prontuário é também uma importante fonte para pesquisa científica, reunindo atividades de Arquivo, Registro e Estatística.

Arquivo:

O serviço de Arquivo é responsável pelo controle, conferência, ordenação e arquivamento dos prontuários de pacientes tanto de ambulatório quanto de internação. O prontuário é um documento único e individual do paciente, contendo dados pessoais, informações médicas, diagnósticos e histórico de tratamentos. Ele registra, de maneira detalhada, o tratamento clínico realizado, resultados de exames, situação da internação, descrições cirúrgicas, diagnósticos e conclusões de profissionais médicos.

O prontuário é um documento dinâmico, ou seja, uma vez iniciado, ele permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente

necessitar retornar à instituição para novos atendimentos, exames ou tratamentos. Além disso, este documento serve como um histórico médico do paciente, que pode ser consultado por médicos e outros profissionais de saúde durante qualquer outro atendimento subsequente.

Diretrizes legais para o arquivamento de prontuários de pacientes no Brasil incluem as seguintes normas principais:

- Lei nº 13.787/2018 (Lei do Prontuário Eletrônico): Estabelece que os prontuários, seja em formato físico ou eletrônico, devem ser mantidos de forma segura, acessível e legível, com prazo mínimo de guarda de 20 anos após o último registro.
- Resolução CFM nº 1.821/2007: Obriga que a unidade de saúde mantenha prontuários médicos completos e atualizados, especificando que o prazo mínimo de guarda dos prontuários é de 20 anos.
- Resolução RDC nº 44/2009 da ANVISA: Define requisitos para a organização e preservação dos prontuários médicos, assegurando que os registros sejam acessíveis e bem estruturados para facilitar o atendimento contínuo.
- Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990): Garantem o direito do paciente de acessar seu prontuário, assegurando transparência no atendimento e no tratamento de suas informações pessoais.
- Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD - Lei nº 13.709/2018): Regula o tratamento de dados pessoais sensíveis, como informações contidas no prontuário médico, exigindo consentimento explícito do paciente e medidas rigorosas de segurança para proteger os dados.
- Normas Técnicas da ABNT: Estabelecem as práticas recomendadas para o arquivamento e a destruição segura de prontuários, além de definir diretrizes para a preservação da integridade e acessibilidade dos documentos.

Essas diretrizes garantem a segurança, a integridade, a acessibilidade e a confidencialidade dos prontuários de pacientes, promovendo a conformidade com as normas legais e a proteção dos direitos dos pacientes.

Na unidade de saúde, o desejável é que o prontuário seja, preferencialmente, eletrônico, devido à sua agilidade, segurança e fácil acesso, porém, devido a questões legais e avaliação do sistema atual no início da gestão, e visando maior segurança

das informações, será mantido o sistema atual como medida complementar para armazenamento e recuperação dos dados.

O setor de Estatística desempenha um papel fundamental na coleta, análise e apuração dos dados clínicos e administrativos gerados pelos atendimentos. A partir desses dados, o setor permite a avaliação do padrão de atendimento e a eficiência dos serviços prestados, sendo crucial para o controle das atividades da unidade de saúde.

Através da estatística, é possível monitorar a produtividade da unidade de saúde, identificar áreas de melhoria, controlar custos e otimizar os recursos. O setor de Estatística também desempenha papel importante na análise de indicadores de qualidade, como taxa de ocupação de leitos, tempo médio de internação, taxa de readmissão, entre outros, que ajudam a ajustar processos e políticas da unidade de saúde de maneira mais eficiente.

Essas informações são utilizadas pela administração da unidade de saúde para tomar decisões mais embasadas, seja na otimização de processos, seja na criação de estratégias de melhoria contínua, tanto na parte assistencial quanto na parte administrativa. Além disso, os dados estatísticos também podem ser utilizados para relatórios a órgãos de fiscalização, como a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e o Ministério da Saúde, bem como para fins de pesquisa e auditoria interna e externa.

Importância e Relevância:

O Serviço de Arquivo de Prontuários, ao integrar os processos de organização, controle de dados e análise estatística, assegura não apenas a qualidade do atendimento médico, mas também o cumprimento das normativas legais e regulatórias. Além disso, a qualidade no gerenciamento de prontuários contribui diretamente para a melhoria dos processos da unidade de saúde, apoio à gestão administrativa e à eficácia nos cuidados com os pacientes.

A implantação e a manutenção adequadas deste serviço garantem que a unidade de saúde esteja preparada para responder a demandas externas (como auditorias e fiscalização) e internas (como o controle de custos e a melhoria do desempenho operacional). Ao mesmo tempo, o uso de tecnologias de ponta, como o

prontuário eletrônico, facilita o acesso à informação, aumenta a segurança dos dados e contribui para uma gestão mais eficaz dos serviços prestados.

Profissional: Faturista. Ensino médio completo, preferencialmente com cursos de capacitação na área financeira ou contábil. Ensino superior em Administração, Ciências Contábeis, Gestão Financeira ou áreas afins será considerado um diferencial.

Atividade: O profissional de faturamento é responsável por assegurar que todos os processos relacionados à emissão de faturas, cobranças e controle de receitas sejam realizados de forma eficiente e conforme as normas da instituição. Este profissional deve garantir que as informações contábeis e financeiras relacionadas aos serviços prestados estejam corretas, em conformidade com as políticas da instituição, normas fiscais e regulamentações aplicáveis. A atividade administrativa do Serviço SAME tem como objetivo coordenar, organizar e otimizar os processos administrativos relacionados prestações de serviços assistenciais, garantindo o controle das documentações e estatísticos do serviço de saúde prestados pela instituição.

Serviço de Estatística do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) da UPA 24h é responsável pela coleta, organização, análise e consolidação dos dados assistenciais e administrativos da unidade, gerando relatórios periódicos que subsidiam a gestão, o planejamento em saúde e o cumprimento das exigências do SUS. Atua diretamente no monitoramento de indicadores como número de atendimentos, tempo de espera, tempo de permanência, resolutividade e perfil epidemiológico, além de apoiar o setor de faturamento e as auditorias internas e externas. Sua atuação é fundamental para a transparência, qualidade das informações e tomada de decisões estratégicas, respeitando os princípios da LGPD e garantindo a rastreabilidade e integridade dos dados assistenciais.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo, com horário de almoço.

5.4.1.6 Serviço Financeiro

Departamento com a principal responsabilidade o gerenciamento eficiente das finanças da instituição, garantindo a precisão e o controle das movimentações

financeiras. Entre suas funções, destaca-se a tarefa de proceder e acompanhar todas as entradas e saídas financeiras, incluindo o pagamento de contas e o recebimento de repasses, de maneira a assegurar que todos os fluxos financeiros estejam corretamente registrados e conciliados.

Destacam-se as atividades relacionadas ao acompanhamento rigorosamente todas as entradas e saídas de recursos financeiros, garantindo que os pagamentos de contas e os recebimentos de repasses sejam efetuados dentro dos prazos estabelecidos, de forma segura e transparente, registro detalhado das movimentações bancárias diárias, documentação e classificação de cada transação, promover aplicações financeiras, buscando sempre as melhores opções de investimento, conforme a política financeira da Instituição e as necessidades de caixa, conciliação bancária para garantir que os extratos bancários e os registros internos de movimentação financeira estejam em conformidade e consolidação do fluxo de caixa.

No entanto o principal objetivo é assegurar a transparência e a organização nas transações financeiras da unidade de saúde, garantindo que todos os registros sejam precisos e que os recursos sejam utilizados de maneira eficiente. Além disso, ao consolidar o fluxo de caixa e realizar as conciliações bancárias, o departamento proporciona uma visão clara da situação financeira da unidade, permitindo um gerenciamento estratégico das finanças e o cumprimento das obrigações fiscais e contábeis.

Profissional: Graduação em Administração, Ciências Contábeis, Economia ou áreas relacionadas. Pós-graduação em Finanças ou Gestão Financeira será um diferencial. Experiência anterior na área financeira, preferencialmente em instituições de saúde.

Atividade: principal responsabilidade a gestão dos fluxos financeiros da instituição, garantindo a saúde financeira da unidade de saúde e o cumprimento das obrigações fiscais, contábeis e orçamentárias. Este profissional deve atuar de forma estratégica e operacional, com foco na otimização de recursos, controle de despesas e receitas, além de colaborar para o planejamento financeiro de longo prazo da organização.

*Nota: Este serviço geralmente é realizado por empresa especialista terceirizada.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo, com horário de almoço.

5.4.1.7 Serviço de Higiene e Limpeza (SHL)

O Serviço de Higiene e Limpeza tem como objetivo primordial garantir que o ambiente da unidade de saúde seja mantido limpo, seguro e em conformidade com os mais elevados padrões de higiene. Este serviço desempenha um papel crucial na prevenção de infecções nosocomiais e na criação de um ambiente saudável para pacientes, colaboradores e visitantes. Além disso, assegura a conservação das instalações e equipamentos, contribuindo para a qualidade do atendimento e o bem-estar geral de todos na unidade de saúde.

Finalidades do Serviço de Higiene e Limpeza

- Promoção de Higienização Adequada: Garantir a higienização adequada de todas as áreas da unidade de saúde, com especial atenção às zonas de risco, de acordo com as características de cada ambiente. Cada área da unidade de saúde possui requisitos específicos de limpeza para atender a normas sanitárias e garantir a segurança de pacientes e profissionais.
- Definição de Horários para Limpeza: Estabelecer um cronograma bem definido para as atividades de limpeza, de modo que não interfiram nas rotinas de trabalho, mas sejam realizadas de forma a garantir que todos os ambientes estejam sempre em condições ideais de higiene e limpeza, independentemente da intensidade das atividades da unidade de saúde.
- Coleta e Destinação do Lixo: Realizar a coleta de lixo da unidade de saúde de forma organizada, com fluxos específicos para diferentes tipos de resíduos, como lixo comum, reciclável e biológico, seguindo as normativas ambientais e sanitárias. O lixo deve ser tratado e encaminhado para o destino adequado, sempre respeitando as leis vigentes de manejo de resíduos sólidos.
- Controle de Vetores (Insetos e Roedores): Implementar ações de controle e combate contínuo a insetos, roedores e outros animais sinantrópicos, que podem comprometer a saúde dos pacientes e profissionais. Essas ações devem ser

realizadas de forma segura e eficaz, prevenindo a proliferação de vetores que possam causar infecções e doenças.

- Escolha Adequada de Produtos de Limpeza: Estudar cuidadosamente os produtos de limpeza utilizados, para garantir que sejam eficazes na higienização sem danificar os materiais e superfícies dos equipamentos, móveis e instalações da unidade de saúde. A escolha de produtos deve ser feita com base em critérios de segurança e eficácia, levando em consideração as características de cada área da unidade de saúde.
- Levantamento Estatístico de Movimentação: Levantar, mensalmente, estatísticas sobre o movimento de limpeza e o desempenho do serviço, identificando áreas que necessitam de maior atenção e ajustando as práticas conforme necessário. Isso permite o planejamento contínuo e o aprimoramento das estratégias de higienização e limpeza.
- Sistema de Segurança para Limpeza de Superfícies Perigosas: Implantar um sistema de segurança rigoroso para a limpeza de superfícies potencialmente perigosas, como áreas de risco biológico, equipamentos médicos e superfícies contaminadas com fluidos corporais. A equipe de limpeza deve ser treinada e equipada adequadamente para lidar com essas superfícies, garantindo a segurança de todos.
- Coleta de Materiais Perfurocortantes: Garantir que haja recipientes específicos para a coleta de materiais perfurocortantes (agulhas, lâminas, vidros quebrados, entre outros), conforme as normas de segurança do trabalho e de controle de infecções. Estes recipientes devem ser adequados, seguros e sempre posicionados em locais estratégicos, facilitando a coleta e evitando riscos para os trabalhadores e pacientes.
- Treinamento Constante da Equipe de Limpeza: Promover treinamento contínuo para os profissionais de limpeza, abordando desde o uso adequado de produtos e técnicas de higienização até normas de segurança, controle de infecções e protocolos de biossegurança. O treinamento constante é fundamental para manter os padrões de qualidade e para garantir que os profissionais estejam sempre preparados para lidar com as particularidades do ambiente da unidade de saúde.

- Comunicação de Defeitos em Instalações e Móveis: Observar cuidadosamente as instalações, móveis e equipamentos, comunicando imediatamente aos responsáveis qualquer defeito ou necessidade de reparo. Isso ajuda a garantir que a unidade de saúde mantenha um padrão elevado de conservação e funcionamento, além de prevenir acidentes relacionados a falhas nas instalações.

A higiene da unidade de saúde é um dos pilares fundamentais na prevenção de infecções da unidade de saúde e na manutenção de um ambiente seguro e acolhedor. Ambientes limpos e bem cuidados reduzem a transmissão de agentes patogênicos, garantindo a saúde de pacientes, funcionários e visitantes.

O trabalho constante e coordenado do Serviço de Higiene e Limpeza não só contribui para a saúde física e mental dos usuários, mas também reflete diretamente na qualidade dos serviços prestados, promovendo a confiança da comunidade na instituição de saúde. Além disso, a manutenção da limpeza do ambiente da unidade de saúde é vital para a preservação dos equipamentos e estruturas físicas, prolongando sua vida útil e minimizando custos com manutenção corretiva.

Profissional: Ensino fundamental completo. Cursos de capacitação em higiene da unidade de saúde, controle de infecção ou áreas relacionadas são desejáveis. Experiência anterior em serviços de limpeza, especialmente em ambientes assistenciais ou de saúde, será um diferencial.

Atividade: responsável pelos serviços de higiene e limpeza tem como objetivo garantir que todos os ambientes da instituição de saúde estejam sempre limpos, organizados e livres de riscos à saúde de pacientes, funcionários e visitantes. A qualidade na higiene e limpeza é essencial para a manutenção de um ambiente seguro e saudável, contribuindo diretamente para a prevenção de infecções da unidade de saúde e promovendo o bem-estar de todos.

*Nota: Este serviço poderá realizado por empresa especialista terceirizada.

Horário de funcionamento: 24 horas, todos os dias da semana.

5.4.1.8 Serviço de Processamento de Roupas (SPR)

O Serviço de Processamento de Roupas é um setor de apoio essencial, especializado na gestão e no tratamento de todo o material têxtil da unidade de saúde. Sua principal função é garantir que a demanda de roupas seja atendida de maneira eficiente, mantendo a continuidade da assistência e assegurando a qualidade e segurança no manejo das roupas utilizadas na instituição.

Finalidades:

- Recolher toda a roupa utilizada nas diversas áreas da unidade da unidade de saúde;
- Pesar, separar, processar e distribuir as roupas conforme a necessidade de cada unidade e os horários previamente estabelecidos;
- Utilizar técnicas e produtos adequados para garantir a eficácia na higienização e preservar a integridade dos materiais;
- Assegurar que o processamento das roupas não se torne um meio de disseminação de agentes contaminantes, mantendo padrões rigorosos de higiene;
- Realizar inventário semestral de todos os materiais têxteis, implementando dispositivos de controle para otimizar a gestão e evitar perdas;
- Manter o setor de processamento de roupas organizado e garantir que os colaboradores utilizem os equipamentos de proteção adequados durante todo o processo.

Observação: Devido à falta de espaço físico adequado para a execução dessas atividades no da unidade de saúde, o serviço de processamento de roupas será terceirizado, garantindo, assim, a eficiência, a qualidade e a conformidade com os padrões de segurança exigidos.

Serviço realizara o controle e dispensação do enxoval da unidade de saúde, nas etapas o fundamentais para garantir o adequado fornecimento e utilização dos enxovais da unidade de saúde, assegurando a qualidade e segurança dos pacientes e profissionais. Esse processo envolve o gerenciamento eficiente do estoque de roupas e a distribuição conforme a demanda de cada área, seguindo procedimentos rigorosos de controle, organização e manutenção.

- Garantindo que todo o enxoval esteja disponível de acordo com as necessidades específicas de cada serviço. Monitorando a qualidade e quantidade de

roupas e lençóis, assegurando que estejam em boas condições de uso e atendam aos padrões de higiene e segurança estabelecidos.

- Organizando a distribuição de maneira eficiente, de modo que cada setor receba os materiais necessários, evitando excessos ou faltas.
- Realizando o controle do consumo e reposição do enxoval, garantindo que o estoque seja sempre adequado para atender à demanda sem causar desperdício.

Processo de Controle e Dispensação:

- O enxoval recebido é inspecionado para garantir que as peças estejam em boas condições e devidamente limpas.
- As roupas e lençóis são armazenados de maneira organizada, segregando os tipos de enxoval de acordo com sua função (enxoval de paciente, de profissionais, de unidade de terapia intensiva, etc.).
- O armazenamento deve ser feito em locais com condições adequadas de temperatura e umidade, para evitar o desgaste precoce ou contaminação.

Inventário e Controle de Estoque:

- O controle de estoque deve ser realizado de forma rigorosa, com inventários periódicos, geralmente semestrais, para garantir que os itens sejam repostos a tempo.
- Sistemas informatizados de controle de estoque podem ser utilizados para facilitar a gestão, realizando o registro de entrada e saída de roupas e materiais.
- A implementação de dispositivos de rastreamento e codificação (como etiquetas) pode ser útil para monitorar a distribuição de itens específicos e evitar perdas ou extravios.

Dispensação:

- A dispensação de roupas e enxoval para as diversas áreas da unidade de saúde, deve ser realizada de acordo com a demanda das unidades. Cada setor solicita o material necessário, e a central de distribuição faz a entrega no horário estabelecido.
- O processo de dispensação envolve a conferência do tipo de enxoval solicitado, quantidades e a condição das peças, assegurando que o material esteja adequado para uso.

- O enxoval deve ser entregue em quantidades que atendam às necessidades diárias, evitando excessos que possam gerar desperdício ou falta de reposição.

Controle de Consumo:

- O consumo do enxoval deve ser monitorado periodicamente para identificar padrões e ajustar a quantidade de material dispensado.
- A cada entrega de enxoval, é importante que a unidade receptora registre as peças recebidas, realizando um controle de saída por meio de fichas ou sistemas informatizados.

*Nota: Este serviço poderá realizado por empresa especialista terceirizada.

Horário de funcionamento: 24 horas, todos os dias da semana.

5.4.1.9 Serviço de Manutenção Predial e de Equipamentos

O Serviço de Manutenção Predial e de Equipamentos tem como objetivo garantir o perfeito funcionamento e a conservação contínua das instalações e dos recursos materiais da unidade de saúde, visando assegurar que todos os ambientes e equipamentos estejam adequados às normas de segurança, higiene e conforto, fundamentais para o bom atendimento aos pacientes e o desempenho eficaz das equipes.

A manutenção predial envolve uma série de atividades técnicas de conservação e reparo, com o intuito de manter a infraestrutura da unidade de saúde em condições ideais de uso. Isso abrange:

- Manutenção e conservação da edificação, garantindo a integridade de paredes, telhados, pisos, sistemas de drenagem, e o controle de infiltrações e goteiras. A inspeção periódica de áreas externas e internas é fundamental para a preservação da qualidade do ambiente e da segurança.
- Todos os móveis e equipamentos da unidade de saúde devem ser submetidos a manutenção e ou calibração, periódica e ou preventiva, para garantir seu bom funcionamento e longevidade. Isso inclui camas, macas, cadeiras, mesas, além de equipamentos médicos e de diagnóstico, como ventiladores, monitores, aparelhos de pressão, entre outros.

- Na central de gases, incluindo oxigênio e outros gases médicos, deve ser realizada regularmente para garantir a continuidade do fornecimento de gases essenciais para o tratamento dos pacientes, com a substituição de cilindros, verificação de pressões e controle de sistemas de emergência.
- Sistema de climatização é essencial para garantir a qualidade do ar e o conforto térmico dos pacientes e profissionais. Isso envolve a limpeza e desinfecção dos filtros, inspeção de condutores e sistemas de ventilação.
- A manutenção preventiva e corretiva das instalações hidráulicas e elétricas é indispensável para evitar falhas que possam comprometer a operação da unidade de saúde, verificando de fiações, interruptores, tomadas, bombas d'água, válvulas e sistemas de drenagem contribui para a eficiência do funcionamento e a segurança dos ambientes.
- Casa das máquinas, composta por sistemas críticos, como o gerador de energia, transformadores e bombas, a casa das máquinas deve ser constantemente monitorada e mantida. Em caso de falhas, essas instalações podem prejudicar o fornecimento de energia ou afetar os processos da unidade de saúde, comprometendo o atendimento aos pacientes.
- Realizar manutenção e inspeção regular dos extintores, alarmes de incêndio e outros sistemas de segurança é vital para garantir que as equipes estejam preparadas para emergências e que os pacientes e profissionais estejam protegidos em situações de risco.

Além das manutenções tradicionais, o serviço de manutenção também se compromete com a gestão ambiental da unidade de saúde, garantindo que todos os espaços físicos, tanto internos quanto externos, atendam a normas ecológicas e ofereçam conforto e segurança para quem utiliza os serviços. Isso inclui:

- Garantir que os sistemas de ventilação estejam funcionando adequadamente para promover a renovação do ar e minimizar a propagação de infecções, além de manter a temperatura adequada para o bem-estar dos pacientes e profissionais.
- Sistemas de iluminação eficientes, que atendam às necessidades de cada área da unidade de saúde, promovendo visibilidade adequada para procedimentos médicos e proporcionando conforto visual para pacientes e visitantes.

- Paisagismo e áreas verdes contribui para um ambiente mais agradável e relaxante, essencial para o bem-estar psicológico dos pacientes e familiares. A jardinagem também ajuda a prevenir a proliferação de insetos e outras pragas.
- Inspeções regulares para detectar e corrigir possíveis infiltrações de água e goteiras são cruciais, não apenas para preservar a integridade estrutural da unidade de saúde, mas também para evitar ambientes insalubres e a proliferação de mofo e fungos.

Importância da Manutenção para da unidade de saúde, não se resume apenas à conservação da infraestrutura física. A importância desse serviço reside no valor que o equipamento e as instalações representam para o funcionamento da unidade de saúde. O investimento em manutenção preventiva e corretiva assegura que os ativos a Instituição sejam utilizados de forma eficiente e prolongada, evitando custos elevados com reparos emergenciais e substituições inadequadas.

Uma gestão adequada de manutenção contribui diretamente para:

- O investimento contínuo em manutenção preventiva minimiza a necessidade de reparos de emergência e amplia a vida útil dos equipamentos e infraestrutura.
- A garantia de que as instalações estão em conformidade com as normas de segurança reduz os riscos de acidentes e falhas críticas, promovendo um ambiente seguro para pacientes e funcionários.

Qualidade do atendimento com equipamentos e estruturas operando de forma eficiente, proporciona um atendimento mais eficaz e seguro para os pacientes, além de melhorar a experiência de todos os usuários. A manutenção regular e criteriosa ajuda a atender às normas de segurança e regulamentações exigidas por órgãos de saúde, como a ANVISA e o Ministério da Saúde, garantindo que a unidade de saúde opere dentro dos padrões exigidos.

Profissional: Ensino fundamental completo. Não é necessária formação técnica específica, mas cursos sobre controle de infecções e processos de lavanderia hospitalar são um diferencial. Experiência prévia com atividades de coleta e distribuição de roupas ou em serviços de limpeza e higienização será um diferencial.

Atividade: Especifico para as atividades de coleta e distribuição, tem como objetivo garantir que todas as roupas utilizadas na unidade de saúde, como uniformes,

lençóis, toalhas, aventais e roupas de cama, sejam devidamente coletadas, higienizadas e distribuídas para as unidades de atendimento de maneira eficiente e dentro dos padrões de qualidade e segurança exigidos.

Horário de Funcionamento: 12 horas – 07hs as 19hs, todos os dias da semana, com disponibilidade para situações de urgência/ emergência (extraordinárias) sempre que necessário.

5.4.1.10 Serviço de Nutrição Dietética (SND)

O Serviço de Nutrição Dietética (SND) desempenha um papel essencial no cuidado à saúde dos pacientes, proporcionando uma alimentação balanceada e segura que atende às necessidades nutricionais específicas de cada paciente. Este serviço é responsável pelo planejamento, preparo, distribuição e controle de dietas, visando promover a recuperação, prevenção de complicações e bem-estar de todos os pacientes, além de colaborar na manutenção de um ambiente da unidade de saúde saudável e seguro.

Objetivos do Serviço de Nutrição é garantir que todos os pacientes recebam a alimentação adequada, conforme suas necessidades clínicas, para apoiar o processo de recuperação, melhorar o estado nutricional e prevenir complicações associadas a doenças. Isso envolve:

- As dietas são elaboradas de acordo com as orientações médicas, levando em consideração condições clínicas, preferências alimentares e restrições dos pacientes (ex.: dieta líquida, sem glúten, dieta hipocalórica, hipercalórica, entre outras).
- Garantir a segurança alimentar, prevenindo contaminações e seguindo as boas práticas de manipulação, armazenamento e distribuição de alimentos.
- Oferecer orientação nutricional tanto para pacientes quanto para os profissionais de saúde, com o objetivo de promover hábitos alimentares saudáveis e prevenir doenças associadas à má alimentação.

Serviço de Nutrição é responsável por diversas atividades que vão além da simples distribuição de alimentos, incluindo:

- A equipe de nutrição desenvolve cardápios balanceados e variados, respeitando as necessidades dos pacientes e as diretrizes nutricionais estabelecidas

pelas autoridades de saúde. A alimentação é pensada para fornecer todos os nutrientes essenciais, como vitaminas, minerais, proteínas e carboidratos.

- A equipe garante que todos os alimentos servidos estejam de acordo com as normas de segurança alimentar e higiene, seguindo as boas práticas de fabricação e manipulação de alimentos. Isso inclui o controle de temperatura e o armazenamento adequado dos insumos, evitando contaminações alimentares e garantindo a integridade dos alimentos até sua distribuição.
- Avaliam o estado nutricional dos pacientes internados, identificando casos de desnutrição ou sobrepeso, e formulam dietas terapêuticas que atendem às necessidades específicas de cada paciente.
- Acompanhar a evolução dos pacientes em relação às dietas prescritas, ajustando as dietas conforme necessário para atender a mudanças no quadro clínico do paciente.
- Gerenciar os estoques de alimentos e solicita compras com base na demanda, garantindo que os produtos necessários estejam sempre disponíveis e dentro da validade.
- Realizar distribuição das refeições para os pacientes, seja através de transporte interno adequado, seja na entrega direta nas unidades de observação, respeitando a qualidade e a temperatura dos alimentos.

Fluxo do Serviço de Nutrição deve ser bem-organizado para garantir a eficiência e qualidade no atendimento:

No momento da solicitação o nutricionista realiza a avaliação nutricional do paciente, levando em consideração histórico médico, exames, preferências alimentares, e quaisquer condições clínicas especiais que possam afetar a dieta, com base nas informações obtidas, o nutricionista orienta a dieta adequada, que pode ser modificada conforme necessário.

- A equipe de cozinha, supervisionada pelos nutricionistas, prepara as refeições de acordo com as diretrizes nutricionais estabelecidas. Os ingredientes são selecionados cuidadosamente para garantir que os alimentos sejam nutritivos, frescos e seguros.

- As refeições são entregues de acordo com as necessidades dos pacientes, respeitando horários e condições específicas. O transporte das refeições deve ser feito de maneira que garanta a temperatura ideal e a segurança alimentar.
- A equipe de nutrição monitora a aceitação das dietas pelos pacientes e faz os ajustes necessários, seja em relação à quantidade, variedade ou adaptação para necessidades especiais (como dificuldades de mastigação, deglutição ou alergias alimentares).

O serviço também tem um papel crucial na segurança alimentar, prevenindo riscos à saúde dos pacientes. Isso inclui a implementação de protocolos rigorosos de higiene e segurança, como: monitoramento constante da temperatura dos alimentos, desde o preparo até a distribuição, é essencial para garantir que os alimentos não sejam consumidos em condições que possam representar risco à saúde, como a proliferação de bactérias, identificação e exclusão de alimentos que possam causar reações alérgicas nos pacientes. Isso requer uma comunicação estreita com as equipes médicas e de enfermagem.

Seguir as orientações da ANVISA e da legislação sanitária vigente para garantir que os alimentos sejam preparados, armazenados e transportados de maneira segura, além de garantir a alimentação adequada, o Serviço de

Profissional: Graduação em Nutrição, com registro ativo no Conselho Regional de Nutrição (CRN) e Ensino fundamental completo. Não é necessária formação técnica específica. Experiência prévia em ambientes hospitalares, especialmente no atendimento a pacientes críticos ou com doenças crônicas, será considerada um diferencial.

Atividade: desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e bem-estar dos pacientes, colaborando com a equipe multidisciplinar para garantir que todos recebam uma alimentação adequada, balanceada e específica para suas condições clínicas. O nutricionista é responsável por avaliar as necessidades nutricionais dos pacientes, prescrever dietas terapêuticas, monitorar a evolução nutricional e educar pacientes e colaboradores sobre práticas alimentares saudáveis.

*Nota: Este serviço poderá ser realizado por empresa especialista terceirizada.

Horário de funcionamento: 24 horas, todos os dias da semana.

5.4.1.11 Serviço de Recepção

Atividade voltada ao atendimento inicial aos pacientes e visitantes, sendo o primeiro ponto de contato ao ingressar na unidade, tem como objetivo proporcionar um acolhimento eficiente, cordial e organizado, garantindo que o fluxo de pessoas seja adequado e que todas as informações necessárias sejam fornecidas de forma clara e precisa.

Sendo a responsável por atender pacientes, acompanhantes e visitantes, fornecendo informações sobre o Instituição, orientações sobre procedimentos, horários e direcionamento para as áreas apropriadas.

Realiza o cadastro de pacientes na sua chegada, coletando dados essenciais para o atendimento médico e administrativo, processo é essencial para garantir que os registros sejam completos e precisos.

As aberturas das fichas de entendimentos, a emissão de guias de atendimento e o fornecimento de informações sobre serviços oferecidos

Por estar alocada na entrada da unidade de saúde contribui no controle de acesso à unidade, garantindo que apenas pessoas autorizadas possam adentrar áreas restritas, como salas de emergência ou setores internos, promovendo a segurança tanto dos pacientes quanto da equipe de profissionais.

Profissional: Ensino médio completo, preferencialmente com cursos complementares na área de administração, atendimento ao cliente ou gestão da unidade de saúde.

Atividade: principal responsabilidade proporcionar uma experiência inicial positiva para pacientes, acompanhantes e visitantes, ao mesmo tempo em que realiza o registro e encaminhamento adequado de todos os processos administrativos. Esse profissional atua como o primeiro ponto de contato na unidade de saúde, desempenhando um papel crucial na organização e no atendimento eficiente, garantindo que os fluxos de informações e pacientes sejam realizados com eficiência e cordialidade.

Horário de Funcionamento: 24 horas, todos os dias da semana.

5.4.1.12 Serviço de Segurança Patrimonial e Controlador de Acesso

A Segurança Patrimonial e o Controlador de Acesso em uma unidade de saúde têm como a função e o objetivo proteger o patrimônio da instituição, garantindo a segurança de pacientes, profissionais e visitantes, além de controlar o fluxo de pessoas dentro e fora da unidade, inspeções regulares e a manutenção de equipamentos de segurança.

Segurança Patrimonial tem como responsabilidade proteger os bens materiais, equipamentos e instalações da unidade de saúde, prevenindo furtos, danos ou qualquer outra forma de perda. Através do monitoramento das áreas comuns e restritas, ou seja, internas e externas da unidade, pode ser utilizado sistemas de vigilância como câmeras de segurança e alarmes em pontos críticos de segurança medidas importantes na prevenção de risco, como incêndios, roubos ou danos aos patrimônios.

Realiza patrulhamento diário nas dependências da Instituição, assegurando que tudo esteja em conformidade com os protocolos de segurança. Eles devem estar atentos a comportamentos suspeitos ou situações que possam representar risco à segurança do local.

O Controlador de Acesso é responsável por garantir que apenas pessoas autorizadas tenham acesso às áreas restritas da Instituição controlando a entrada e saída de indivíduos, verificar a identidade de visitantes, funcionários e prestadores de serviços, utilizando crachás, cartões de identificação ou sistemas eletrônicos, realizar registro de todas as entradas e saídas, monitorando o cumprimento de horários e a permanência de pessoas dentro das instalações, emissão e gerenciamento credenciais de acesso, garantindo que apenas aqueles com autorização adequada possam acessar áreas sensíveis da unidade.

Além de controlar a entrada de pessoas, também realiza a inspeção de materiais e equipamentos que entram ou saem da unidade, prevenindo o roubo de itens e garantindo que os procedimentos de segurança sejam cumpridos.

O trabalho combinado de Segurança Patrimonial e Controlador de Acesso assegura que o Instituição seja um ambiente seguro tanto para pacientes e profissionais de saúde quanto para o patrimônio da instituição. Juntos, esses serviços trabalham para prevenir incidentes, garantir a proteção das áreas críticas e controlar

a circulação de pessoas e bens, contribuindo para a manutenção da ordem e da segurança dentro da unidade.

Esses serviços não só protegem a infraestrutura física e os ativos da Instituição, mas também garantem que os protocolos de segurança sejam seguidos, oferecendo um ambiente seguro e confiável para todos os envolvidos.

Profissional: Ensino médio completo. Cursos de segurança patrimonial, vigilância ou áreas relacionadas são considerados diferenciais. Experiência prévia na área de segurança patrimonial, controle de acesso ou vigilância, preferencialmente em unidade de saúde, empresas ou estabelecimentos de grande porte.

Atividade: principal função garantir a segurança das instalações da unidade de saúde, assegurando o controle de entradas e saídas de pessoas e veículos, e a proteção dos bens e patrimônio da instituição. Esse profissional atua no monitoramento constante das dependências da unidade de saúde, prevenindo e combatendo possíveis situações de risco, e garantindo que o fluxo de pessoas seja feito de maneira organizada e segura.

*Nota: Este serviço poderá ser realizado por empresa especialista terceirizada.

Horário de Funcionamento: 24 horas, todos os dias da semana.

Em Anexo 09: Modelo de Manual de Patrimônio (a ser adpatado conforme necessidade da Instituição).

5.4.1.13 Serviço de Suprimentos (Farmácia, Almoxarifado, Compras)

O Serviço de Farmácia é uma área essencial na unidade de saúde, responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle das operações logísticas, que abrangem compras, abastecimento e distribuição de materiais, medicamentos e outros insumos necessários ao funcionamento da unidade. A principal missão dessa área é garantir que os produtos sejam transportados e armazenados de maneira econômica, segura e eficiente, contribuindo diretamente para a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

- Seleção de Materiais e Medicamentos, processo de seleção e padronização de materiais e medicamentos visa assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo, buscando obter o melhor efeito terapêutico possível com o menor

número de produtos e por um período mais curto, respeitando sempre a eficiência de custos. A padronização ajuda a garantir que os insumos mais eficazes e seguros sejam utilizados, minimizando desperdícios e melhorando a qualidade do atendimento.

- Aquisição dos materiais e medicamentos deve ser baseada em uma gestão eficiente de estoques, realizando processo de previsão de demanda, utilizando métodos como a Média Aritmética Móvel, ajuda a responder a questões fundamentais como quanto e quando comprar. Para garantir uma boa aquisição, é fundamental que haja uma especificação detalhada dos produtos e a qualificação rigorosa dos fornecedores. A qualificação inclui a avaliação dos locais de fabricação e armazenamento, além da auditoria de conformidade com as Boas Práticas de Fabricação (BPF) e Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento.

O departamento de Compras da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), desempenha um papel crucial nesse processo, permitindo compras centralizadas que geram economia de escala. Utilizando plataformas de negociação eletrônica, contribuindo para a agilidade do processo, redução de custos e maior transparência nos processos de aquisição.

- Assegura o recebimento dos insumos adquiridos, atendam às especificações, quantitativo e normas acordadas. Cada entrega deve ser comparada com a Nota Fiscal e a Ordem de Compra, para garantir que os itens recebidos correspondem ao que foi solicitado. Além disso, deve-se avaliar as condições de entrega, incluindo a conformidade com as legislações pertinentes.

- A priorização do armazenamento adequado de medicamentos e materiais da unidade de saúde é fundamental para a gestão eficiente do estoque e para garantir a segurança na dispensação. Os produtos devem ser organizados por categoria (medicamentos, materiais de radiologia, materiais de limpeza, etc.) e armazenados de acordo com condições específicas de temperatura, umidade e validade, respeitando o sistema PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que Sai). A organização e a limpeza também são essenciais para evitar erros na administração dos insumos.

Distribuição eficaz dos medicamentos e materiais da unidade de saúde é crucial para garantir que os produtos solicitados cheguem aos usuários no prazo e nas

condições apropriadas. O sistema de distribuição pode variar conforme a complexidade e a infraestrutura da unidade de saúde, sendo geralmente classificado em coletivo, individualizado, misto ou dose unitária.

- Distribuição coletiva, a farmácia apenas distribui os medicamentos aos setores da unidade de saúde, sem avaliar previamente as prescrições médicas. Esse modelo, mais primitivo, pode aumentar os erros de medicação e reduzir o tempo de assistência da equipe de enfermagem.
- Distribuição Individualizada, as prescrições são enviadas para a farmácia (digital ou impressa), que avalia cada uma antes da dispensação dos insumos. Este modelo oferece um maior controle de estoques e reduz os erros de medicação, mas ainda exige parte do tempo da enfermagem para preparar os medicamentos.
- Sistema Misto, combina elementos da distribuição coletiva e individualizada, atendendo a algumas prescrições diretamente na farmácia e outras por meio de requisições gerais.
- Dose Unitária, modelo mais eficiente e ideal, no qual os medicamentos são manipulados pela farmácia e distribuídos em doses unitárias. Este modelo minimiza o risco de erros de medicação e facilita o controle de estoques, permitindo que a equipe de enfermagem se concentre mais no cuidado direto aos pacientes.

A periodicidade de dispensação de medicamentos na farmácia determina à frequência com a qual os medicamentos são fornecidos aos setores assistenciais da unidade de saúde, com o objetivo de garantir a continuidade do tratamento, a segurança do paciente e a eficiência na gestão dos estoques. A organização do processo de dispensação de medicamentos pode variar de acordo com a complexidade, os protocolos estabelecidos e o sistema de distribuição adotado. Abaixo estão os principais modelos de periodicidade de dispensação utilizados em hospitais, com foco na farmácia da unidade de saúde:

- A dispensação diária de medicamentos é uma das mais comuns, especialmente em unidades de saúde. Nesse modelo, a farmácia prepara e entrega os medicamentos para todos os pacientes internados a cada 24 horas, geralmente no início ou no final do turno

- Unidades de saúde de maior complexidade ou com sistemas mais integrados, a dispensação pode ser realizada por turno. Neste modelo, os medicamentos são entregues à enfermagem em intervalos regulares ao longo do dia.
- Dispensação Sob Demanda, a farmácia prepara e entrega os medicamentos de acordo com a solicitação dos setores assistenciais, sempre que necessário. Este sistema é mais utilizado em unidades de pronto atendimento ou setores com alta rotatividade de pacientes.
- Periodicidade de Dispensação para Medicamentos Controlados ou de uso restrito, como narcóticos, sedativos e psicotrópicos, têm uma periodicidade de dispensação mais rigorosa, com foco na segurança do paciente e no cumprimento das normativas legais.

Importância da Periodicidade de Dispensação de Medicamentos

- A periodicidade garante que os pacientes recebam os medicamentos no momento certo, contribuindo para a eficácia do tratamento e evitando erros de medicação.
- Controlar a periodicidade de dispensação ajuda a evitar a falta ou o excesso de medicamentos, contribuindo para uma gestão mais eficiente dos estoques.
- Com a entrega mais controlada e planejada, é possível minimizar o desperdício de medicamentos, especialmente os de alto custo ou os que possuem prazo de validade mais curto.
- Ao ter os medicamentos entregues de forma organizada e pontual, as equipes de enfermagem ganham tempo para se concentrar mais nas atividades assistenciais e menos no gerenciamento de medicamentos.

Exemplo de Fluxo do Serviço de Farmácia:

1. No modelo de dose unitária, o processo funciona da seguinte maneira:
2. Médico prescreve os medicamentos (em papel ou sistema eletrônico).
3. Farmácia recebe a solicitação, prepara e distribui os medicamentos em embalagens individuais, identificadas com os dados do paciente.
4. Enfermagem recebe os medicamentos e os verifica, organizando-os conforme necessário para administração aos pacientes.

5. A farmácia também coleta as prescrições e medicamentos não administrados, retornando-os ao serviço de farmácia para controle e possível devolução.

6. Vantagens do Sistema de Dose Unitária:

7. Redução dos estoques nas unidades de enfermagem.

8. Maior controle sobre os medicamentos, minimizando os erros de medicação.

9. Diminuição de custos com medicamentos.

10. Maior segurança e eficiência no processo de distribuição.

11. Redução de desperdícios e melhor gestão de recursos.

Além disso, é fundamental que a unidade mantenha um controle rigoroso dos receituários específicos para a prescrição de drogas controladas, conforme a legislação vigente.

Esse modelo de gestão farmacêutica, com a implementação de práticas eficientes e controles rigorosos, contribui para a segurança do paciente, redução de custos e aprimoramento da qualidade no atendimento prestado.

Profissional: Dependendo da área, pode ser exigido ensino médio completo ou superior em áreas como Farmácia, Administração, Logística, Engenharia de Produção, entre outras. Experiência prévia em áreas de gestão de suprimentos, farmácia hospitalar, logística de materiais, controle de estoque e compras hospitalares.

Atividade: área essencial para a operação da unidade de saúde, sendo responsável por garantir o fornecimento contínuo e eficiente de materiais, medicamentos e insumos necessários para a boa execução dos processos assistenciais e administrativos. Ele abrange funções como o controle de estoque, aquisição de produtos, distribuição de materiais e gestão de medicamentos, visando sempre a eficiência, qualidade e segurança nas operações da unidade de saúde.

Horário de funcionamento: 24 horas, todos os dias da semana.

*Nota hoje o serviço está sendo realizado com duas frentes de gestão, parte pela gestão da unidade de saúde (fornecimento e distribuição na unidade) / Estado e

parte por empresa terceirizada (realiza a logística interna e externa). A OSS Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), possui departamento e equipe de anexo

5.4.1.14 Serviço de Tecnologia da Informação

O departamento de TI é crucial para a eficiência operacional e a segurança da informação dentro de uma unidade de saúde, mantendo uma infraestrutura tecnológica necessária para a operação diária, a TI também promove a inovação, adotando novas tecnologias que melhoram os processos internos e o atendimento aos pacientes.

A inovação tecnológica na unidade de saúde não só otimiza os serviços prestados, mas também fortalece a capacidade de análise de dados clínicos e melhoria nos resultados de saúde. A implementação de tecnologias avançadas, telemedicina e soluções em saúde digital, permite diagnósticos mais rápidos, tratamentos mais precisos e uma experiência mais integrada e personalizada para os pacientes.

Desempenha um papel fundamental na gestão e no suporte, viabilizando os processos administrativos e clínicos da instituição. Responsável pela manutenção dos sistemas computacionais, redes e dispositivos tecnológicos, além de garantir a segurança e integridade das informações dos pacientes e dados sensíveis.

O departamento de TI é responsável pela administração e manutenção dos sistemas utilizados na unidade de saúde, como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), sistemas de agendamento, gestão de estoques, controle de faturamento e demais softwares administrativos e clínicos.

A equipe de TI deve garantir que esses sistemas estejam funcionando adequadamente, realizando atualizações e melhorias conforme necessário, oferecendo suporte técnico para os profissionais da Instituição, resolvendo problemas relacionados a computadores, dispositivos móveis, impressoras, redes e outros equipamentos tecnológicos, realiza também a manutenção preventiva e corretiva de hardware e software, assegurando que os sistemas tecnológicos funcionem sem interrupções.

Outro ponto importante é a segurança dos dados e informações sensíveis dos pacientes é uma das responsabilidades mais críticas da TI. O departamento implementa e monitora protocolos de segurança da informação, como criptografia, firewalls, antivírus e controles de acesso, garantindo que todos os dados estejam protegidos contra acessos não autorizados e ataques cibernéticos, em conformidade com as regulamentações, como a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).

Responsável pela gestão das redes de comunicação (internas e externas) da Instituição, garantindo que a conectividade entre os diferentes setores da unidade seja eficiente e estável. Isso envolve o monitoramento da infraestrutura de rede, como servidores, roteadores e switches, além de garantir que a comunicação de dados entre departamentos, sistemas e dispositivos médicos esteja sempre operacional.

Auxilia no treinamento dos profissionais para o uso adequado dos sistemas e ferramentas tecnológicas, promovendo a capacitação contínua e garantindo que os profissionais da saúde e administrativos utilizem os recursos tecnológicos de forma eficiente.

Realiza backups regulares dos dados críticos e a implementação de planos de recuperação em caso de desastres, assegura as informações, como prontuários médicos e registros financeiros, sejam preservadas e possam ser recuperadas rapidamente em situações de falhas de sistema ou perda de dados, sustenta as operações diárias por meio do suporte técnico e da manutenção de sistemas, mas também protege dados sensíveis, garantindo que os pacientes recebam um atendimento seguro e eficaz.

Além disso, a TI possibilita a implementação de novas tecnologias que podem melhorar a gestão da unidade de saúde, otimizar os fluxos de trabalho e garantir que a unidade de saúde, esteja preparada para lidar com as demandas de um ambiente de saúde moderno e dinâmico.

Tecnologia da Informação (TI) é essencial para garantir o funcionamento eficiente e seguro dos sistemas e infraestruturas tecnológicas que apoiam tanto os processos clínicos quanto administrativos, não apenas mantém a infraestrutura existente, mas também lidera a inovação tecnológica, introduzindo soluções modernas que melhoram a qualidade do atendimento aos pacientes e a eficiência operacional do da unidade de saúde.

Profissional: Graduação em Tecnologia da Informação, Ciência da Computação, Engenharia de Sistemas, ou áreas correlatas. Certificações Técnicas: Certificações em áreas específicas como segurança da informação (ex: CISSP, CISM), gestão de redes, gestão de projetos (ex: PMP), e infraestrutura de TI podem ser um diferencial. Experiência prévia em ambientes hospitalares ou de saúde é desejável, especialmente com sistemas hospitalares, gestão de dados de pacientes e segurança de informações.

Atividade: Garantir que os servidores, redes de comunicação e sistemas de armazenamento de dados estejam funcionando corretamente, com foco em alta disponibilidade e redundância. Monitorar e manter a rede de comunicação da unidade de saúde, incluindo a infraestrutura de internet, redes locais (LAN), redes de longa distância (WAN), e redes sem fio (Wi-Fi), para garantir que todos os departamentos estejam conectados de forma eficiente.

Implantar e gerenciar políticas de segurança para proteger os dados da unidade de saúde, como backups regulares, criptografia de dados, controle de acesso e monitoramento constante contra ameaças externas e internas.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, com horário de almoço e plantão a distância no período noturno, finais de semana e feriados.

5.4.1.15 Serviço de Segurança do Trabalho

O Serviço de Segurança do Trabalho da Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, será estruturado para atuar na prevenção de acidentes, na promoção da saúde ocupacional e na vigilância das condições de trabalho, mesmo com estrutura enxuta, respeitando a legislação vigente e os princípios da saúde do trabalhador no SUS.

O Técnico de Segurança do Trabalho está vinculado administrativamente à Gestão Administrativa da unidade. Atuará de forma integrada com os demais setores da unidade, especialmente com a equipe de enfermagem, limpeza, manutenção e gestão de pessoas.

Profissional: Curso técnico completo em Segurança do Trabalho, com registro profissional válido no Ministério do Trabalho (MTE). É desejável experiência prévia em serviços de saúde, especialmente em ambientes de urgência e emergência, como UPA e hospitais.

Atividade: Responsável por inspecionar as condições do ambiente laboral, identificar riscos, orientar os profissionais quanto ao uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), promover ações preventivas e treinamentos, acompanhar e investigar acidentes de trabalho, além de colaborar na elaboração e atualizações de programas e documentos como o PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos.

Os técnicos de segurança do trabalho possuirão vínculo direto com a unidade, sendo o principal responsável pelas ações preventivas no local. Considerando que a Medicina do Trabalho é terceirizada, ficando sob responsabilidade de empresa contratada, a realização dos exames admissionais, periódicos, demissionais e de retorno ao trabalho, além de emitir os atestados de saúde ocupacional (ASO) e apoiar tecnicamente a gestão de afastamentos relacionados à saúde laboral.

A articulação entre o Técnico de Segurança do Trabalho e o serviço terceirizado de Medicina do Trabalho é fundamental para o funcionamento eficiente do setor. Juntos, garantem o cumprimento das normas regulamentadoras, a preservação da integridade física dos colaboradores e a promoção de um ambiente de trabalho seguro, mesmo em um cenário de alta complexidade como o da urgência e emergência.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, com horário de almoço.

5.4.1.16 *Serviço de Remoção (Ambulância SBV)*

O Serviço de Remoção por Ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV) é responsável pelo transporte seguro e adequado de pacientes que necessitam de transferência entre unidades de saúde, realização de exames fora da UPA ou remoções programadas de acordo com critérios clínicos definidos pela equipe médica e pela regulação. A equipe da ambulância SBV atua com foco na estabilização e manutenção dos sinais vitais durante o deslocamento, garantindo suporte básico à vida e atendimento pré-hospitalar.

Profissionais: Um condutor socorrista possuir formação específica para a função, conforme previsto na legislação de trânsito e nas diretrizes do Ministério da Saúde. É obrigatório que o profissional tenha Carteira Nacional de Habilitação (CNH) na categoria "D", válida e sem restrições, além de curso especializado para condutores de veículos de emergência, conforme regulamentado pela Resolução CONTRAN nº 789/2020e um técnico de enfermagem com registro no conselho de classe da categoria, ambos capacitado em atendimento de urgência e primeiros socorros, conforme regulamentação da Portaria GM/MS nº 2048/2002.

Horário de Funcionamento: 24 horas por dia, todos os dias da semana, com escala de plantão para garantir cobertura contínua.

*Nota: Sempre que necessário, a unidade disponibilizará profissional médico e/ou de enfermagem para atender às demandas de remoção destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAV/SAMU), quando solicitado diante de necessidades.

5.5 RESPONSABILIDADE SOCIAL

5.5.1 Ações de Responsabilidade Social a ser Desenvolvida Pela Proponente

A Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), como gestora da Unidade Pronto Atendimento São Vicente, assume o compromisso de desenvolver ações de responsabilidade social que extrapolam o atendimento clínico imediato, visando fortalecer o vínculo com a comunidade, promover a equidade em saúde, reduzir vulnerabilidades sociais e fomentar práticas sustentáveis e inclusivas no território.

As ações propostas estão alinhadas às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), à Política Nacional de Humanização (PNH) e aos princípios da equidade, integralidade e participação social, com ênfase na escuta qualificada, respeito à diversidade e corresponsabilidade no cuidado.

1. Educação em Saúde e Prevenção

- Apoio a campanhas educativas sobre urgências evitáveis, uso racional dos serviços de emergência, vacinação, saúde do trabalhador, saúde mental e prevenção de agravos como hipertensão, diabetes e doenças respiratórias.

- Realização de palestras, rodas de conversa e distribuição de material informativo em parceria com a Atenção Primária, escolas, igrejas e associações de bairro.
- Criação de um mural informativo de saúde na recepção da UPA, com atualização periódica.

2. Acolhimento de Grupos Vulneráveis

- Atendimento humanizado e prioridade de escuta para pessoas em situação de rua, vítimas de violência, população LGBTQIAPN+, migrantes e usuários em sofrimento psíquico.
- Atuação articulada com o CRAS, CREAS, CAPS, Conselho Tutelar e rede socioassistencial para encaminhamentos e proteção social.
- Implantação de protocolos de acolhimento com escuta qualificada e notificação de situações de risco social.

3. Sustentabilidade e Gestão Ambiental

- Implantação do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), com ações voltadas à redução, segregação e descarte correto dos resíduos da UPA.
- Estímulo ao uso consciente de água, energia e insumos da unidade de saúde.
- Ações educativas junto aos colaboradores e usuários sobre boas práticas ambientais e cidadania ecológica.

4. Promoção da Inclusão e da Diversidade

- Capacitação periódica das equipes para o atendimento inclusivo e sem discriminação de gênero, raça, etnia, orientação sexual ou condição social.
- Criação de ambiente acolhedor e sinalização acessível para pessoas com deficiência, baixa escolaridade ou limitações sensoriais.
- Participação da Unidade Pronto Atendimento em datas temáticas (como Dia da Mulher, Dia da Consciência Negra, Janeiro Branco, Junho Violeta, etc.), com ações educativas e de sensibilização.

5. Cultura, Humanização e Lazer no Cuidado

- Realização de atividades culturais na recepção ou sala de espera da Unidade Pronto Atendimento, como música ambiente, exposições artísticas da comunidade, exibição de vídeos educativos ou apresentações pontuais.
- Implantação de uma brinquedoteca móvel ou cantinho lúdico para crianças acompanhadas, com brinquedos, livros e atividades educativas.
- Oferta de acolhimento diferenciado em datas comemorativas, como Natal, Páscoa e Dia das Crianças, promovendo empatia e vínculo com os usuários.

6. Voluntariado e Participação Comunitária

- Estímulo à atuação de voluntários capacitados em atividades de escuta, apoio emocional e orientação aos acompanhantes, respeitando normas da unidade.
- Estabelecimento de canal direto com a comunidade por meio da ouvidoria e do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), promovendo escuta ativa e ações de melhoria com base nas manifestações recebidas.
- Participação ativa da Unidade Pronto Atendimento em conselhos locais de saúde, audiências públicas e fóruns comunitários, fortalecendo a integração com o território.

Essas ações reforçam o compromisso da Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL), em transformar a Unidade Pronto Atendimento São Vicente em um espaço de acolhimento, respeito à dignidade e promoção do bem comum. A responsabilidade social, no contexto da urgência e emergência, é entendida como uma extensão ética e solidária do cuidado técnico, contribuindo para a construção de uma rede de saúde mais humana, inclusiva e efetiva.

6. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

A organização dos recursos humanos da Unidade Pronto Atendimento São Vicente é um fator determinante para a qualidade e a eficiência do serviço prestado à população. Trata-se de uma estrutura complexa que exige planejamento estratégico, definição clara de funções, dimensionamento adequado das equipes e gestão integrada dos processos assistenciais e administrativos a composição multiprofissional das equipes, que devem estar alinhadas aos perfis de atendimento e à demanda da população. A presença contínua de médicos, enfermeiros, técnicos de

enfermagem e profissionais de apoio, como assistentes administrativos, recepcionistas e maqueiros, garante a fluidez do atendimento e a segurança do paciente.

6.1 Na organização dos recursos humanos, a organização social interessada deverá apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de cada profissional e a forma de contratação, esclarecendo se será celetista, por pessoa jurídica interposta ou terceirizado, inclusive apresentando as políticas de gestão de recursos humanos e proposta de regulamento próprio de seleção e contratação de pessoal.

A adoção do regime de contratação pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) é uma estratégia fundamental para garantir a legalidade, a transparência e a conformidade nas relações de trabalho dentro das instituições de saúde. Esse modelo proporciona segurança jurídica tanto para a organização quanto para os colaboradores, ao estabelecer uma relação pautada por direitos, deveres e normas claramente definidas pela legislação brasileira.

Por meio da CLT, a instituição assegura aos seus profissionais uma série de direitos trabalhistas, como férias remuneradas, 13º salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), licença maternidade/paternidade, entre outros benefícios previstos em lei. Além disso, garante condições adequadas de trabalho, promovendo o bem-estar, a valorização e a motivação dos colaboradores.

Ao mesmo tempo, o regime CLT reforça o compromisso do profissional com o cumprimento das atribuições estabelecidas, estimulando a responsabilidade, o alinhamento aos objetivos institucionais e o fortalecimento da cultura organizacional.

Complementarmente ao regime celetista, a instituição também poderá realizar a contratação de profissionais por meio de pessoa jurídica (PJ), especialmente para cargos e funções que exijam maior flexibilidade contratual, atuação técnica especializada, ou nos casos de prestação de serviços por tempo determinado. Essa forma de contratação seguirá os critérios legais vigentes, mediante contrato formal que estipule claramente as responsabilidades, prazos, metas, indicadores e formas de remuneração.

A utilização de diferentes regimes contratuais, de forma legal e estratégica, visa fortalecer a estrutura organizacional da Unidade Pronto Atendimento São Vicente, garantindo agilidade na composição das equipes, eficiência na gestão de pessoas e qualidade nos serviços prestados, sem comprometer a segurança jurídica nem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A gestão de recursos humanos descrita neste projeto está estruturada em pilares como planejamento estratégico de pessoal, dimensionamento adequado de equipes, processos seletivos pautados na meritocracia, capacitação contínua, valorização profissional e avaliações periódicas de desempenho. Essa abordagem visa não apenas suprir as demandas operacionais da unidade, mas também promover um ambiente de trabalho motivador, colaborativo e alinhado aos princípios da humanização e da qualidade do cuidado em saúde.

A publicização dos processos em recursos humanos, reforça o nosso compromisso com a transparência, o acesso à informação e a ampla divulgação das ações, diretrizes, metas e resultados relacionados à gestão de pessoas na instituição. Essa prática é fundamental para assegurar que todos os profissionais tenham ciência dos seus direitos, deveres, oportunidades de desenvolvimento e critérios de avaliação, contribuindo para a construção de um ambiente organizacional mais justo, participativo e ético.

Na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), a publicização reforça os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência na gestão pública. Através da adoção de mecanismos como editais internos, comunicados oficiais, portais da transparência, murais informativos e reuniões institucionais, busca-se garantir que todos os processos de gestão de pessoas, como recrutamento, seleção, capacitação, avaliação de desempenho, progressão funcional e benefícios, sejam amplamente comunicados e fundamentados em critérios objetivos e acessíveis.

Além disso, a publicização fortalece a governança institucional ao permitir o controle social, o engajamento dos profissionais nos processos decisórios e a valorização do servidor como parte ativa da construção e melhoria contínua dos serviços de saúde.

Abaixo segue o quadro de dimensionamento de profissionais com o quantitativo estimado, a categoria, a carga horária de cada profissional semanal e a forma de contratação (CLT)

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
ADM	Gerente Administrativo	40	1	CLT
ADM	Gerente Assistencial	40	1	CLT
P.S.	Enfermeiro Assistencial	36	24	CLT
P.S.	Técnico de Enfermagem	36	48	CLT
Eq. Multi	Psicólogo	40	1	CLT
Eq. Multi	Assistente Social	36	3	CLT
Eq. Multi	Nutricionista RT	40	1	CLT
Eq. Multi	Farmacêutico RT	40	1	CLT
Eq. Multi	Farmacêutico	36	5	CLT
Apoio	Auxiliar de Farmácia	36	6	CLT
Apoio	Auxiliar de Almoxarifado	36	1	CLT
Apoio	Técnico em Radiologia	36	8	CLT
Apoio	Analista de Ouvidoria	40	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro SCIH/ NVE	40	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro da Qualidade/ NEP	40	1	CLT
Eq. Multi	Assistente Administrativo/ qualidad	40	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro Supervisor/ NIR	36	4	CLT
ADM	Analista contábil financeiro	36	1	CLT
ADM	Analista de RH/ DP	40	1	CLT
ADM	Faturista	40	2	CLT
ADM	Analista de TI	40	1	CLT
ADM	Encarregado de Facilitis	40	1	CLT
Apoio	Auxiliar de Higiene - interno	36	9	CLT
Apoio	Auxiliar de Serviços Gerais - Manutenção	36	3	CLT
Apoio	Eletricista	40	1	CLT
ADM	Assistente Administrativo	40	2	CLT
ADM	Recepcionista	36	8	CLT
ADM	Analista de Patrimônio	36	1	CLT
Apoio	Controlador de Acesso	36	6	CLT
	Analista de Ouvidoria	40	1	CLT
SESMT	Técnico de Segurança do Trabalho	40	1	CLT
ADM	Jovem Aprendiz	20	2	CLT
ADM	Motorista Ambulância	36	6	CLT

** NOTA: Gestão de Recursos Humanos descrito no item 2.1.14.*

MODELO DE REGULAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

CAPÍTULO I - Disposições Gerais

Art. 1º Este regulamento estabelece as regras de Recrutamento e Seleção para o preenchimento de vagas para pessoal administrativo e operacional, com recursos financeiros provenientes dos Contratos firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde nas Unidades Assistenciais de Saúde.

Art. 2º O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para a função a ser preenchida.

CAPÍTULO II – Das Competências

Art. 3º No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete.

I - Aos Diretores da Organização Social, solicitar e/ou aprovar Requisição de Pessoal.

II - Aos Gerentes e Coordenadores da Unidade Assistencial.

a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal.

b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica.

c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - À área de Recursos Humanos da Unidade Assistencial.

a) Conduzir os Processos de Avaliação referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal.

b) Orientar e monitorar os Profissionais quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV – Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão.

V – Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médicos Admissionais e de Mudança de Função.

Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção Seção

I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4º O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação Gerentes e Coordenadores da Unidade Assistencial, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

§1º. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade, coletar aprovação da Diretoria da área.

§2º. A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre as unidades assistenciais e a Organização Social e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção.

§3º. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos.

I - Substituição de um colaborador.

II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria.

CAPITUO III - Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5º O Recrutamento será divulgado por meio do site da Organização Social e conterão, resumidamente, as funções a serem preenchidas, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local para informações.

Art. 6º O Processo de Recrutamento e Seleção compreende as seguintes etapas.

I – Primeira Etapa. análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

II – Segunda Etapa. os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar fichas de emprego preenchidas e participarão das seguintes avaliações.

a) Avaliação técnica, visando apurar o nível de conhecimento técnico específico, quando necessário.

b) Aplicação de testes psicológicos e psicométricos visando apurar aspectos cognitivos e psicológicos.

c) Dinâmicas de grupo, jogos e provas situacionais visando apurar aspectos comportamentais, quando necessário.

III – Terceira Etapa. os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante.

IV – Quarta Etapa. os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pela Organização Social e passar por exame médico admissional.

Parágrafo Único. Somente serão considerados aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7º As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço. Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

Art. 8º A aprovação no processo seletivo não garante contratação compulsória, tampouco confere direito subjetivo à vaga, sendo que apenas qualifica o candidato ao perfil de vaga oferecida, podendo o processo seletivo servir para cadastro de candidatos potencialmente aptos.

Art. 9º Será assegurado aos portadores de necessidades especiais o direito de participação no processo seletivo, de acordo com as proporções estabelecidas no art. 93 da Lei Federal nº 8.213/91.

Art. 10º. As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a contratação de pessoas jurídicas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

CAPÍTULO IV - DA READMISSÃO DE ANTIGOS PROFISSIONAIS

Art. 11º. A admissão de antigos Profissionais somente poderá ocorrer após decorridos 06 (seis) meses entre o desligamento e a readmissão.

§1º. Caso a readmissão seja para um serviço ou função diferente da anterior, o candidato deverá ser avaliado também pelo novo requisitante bem como possuir os pré-requisitos definidos no desenho de cargo;

§ 2º. Toda readmissão deverá ser aprovada pela Diretoria.

CAPÍTULO V - DOS CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS

Art. 12º. A estrutura dos cargos, salários e benefícios deverá observar as diretrizes fixadas pelo Conselho Administrativo, as normas técnicas aplicáveis, a legislação trabalhista vigente, as convenções coletivas de trabalho de cada região, os acordos coletivos e individuais de trabalho, a competitividade de mercado, localização geográfica da unidade requisitante e por outras variáveis que impactarem nas dimensões econômicas, administrativas e jurídicas como meio hábil a assegurar remunerações compatíveis com as atividades, grau de escolaridade, experiência dos profissionais;

Art. 13º. Terá seu contrato de trabalho rescindido o colaborador que, dentre outras hipóteses legais ou regulamentares não cumprir a jornada de trabalho, a carga horária semanal, apresentar desempenho insatisfatório, não cumprir as metas previamente estabelecidas ou ainda, incorrer em qualquer infração que acarrete, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho falta passível de desligamento.

Parágrafo Único. A Beneficência Hospitalar Cesário Lange (BHCL) poderá adotar critérios de avaliação de desempenho diferenciados para cada unidade gerenciada, de acordo com o Plano de Trabalho aprovado pela administração pública contratante/convenente.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14º. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho de Administração, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 15º. O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Data:

Assinaturas:

*Nota: Modelo de Regulamento para Contratação de Pessoal a ser adpatado conforme a necessidade da instituição.

A contratação de profissionais jurídicos sob o regime de Pessoa Jurídica (PJ) tem se tornado uma prática cada vez mais comum nas organizações, incluindo hospitais e outras instituições de saúde. Esse modelo permite à empresa contar com serviços especializados de sem a formalização de um vínculo empregatício tradicional, como ocorre na CLT. A contratação de profissionais PJ oferece maior flexibilidade para ambas as partes, sendo uma alternativa vantajosa para situações em que a demanda é por serviços, ou quando se deseja otimizar os custos com a folha de pagamento.

No regime PJ, o profissional atua como uma empresa prestadora de serviços, com autonomia para gerir seus horários, contratos e tributos, sendo responsável pelo pagamento de seus próprios impostos e encargos trabalhistas. Isso proporciona à instituição contratante uma redução de custos fixos e a possibilidade de obter profissional qualificado de forma mais ágil e focada nas necessidades específicas da unidade de saúde.

Esse tipo de contratação é vantajoso para a unidade de saúde, que pode contar com maior controle sobre os custos envolvidos e a possibilidade de ajustes conforme a demanda, além de uma maior flexibilidade na gestão de sua estrutura Assistência. A escolha pela contratação PJ deve ser feita com base nas necessidades da instituição, sempre respeitando as normas legais e regulatórias pertinentes a este tipo de relação de trabalho.

ESPECIALIDADES	QDD	FORMA DE CONTRATAÇÃO	TURNO DIA	TURNO NOITE	HORAS DE TRABALHO/ DIARIA	OBSERVAÇÃO
COORDENADRO/ RT	1	PJ			4	SEGUNDA A SEXTA -FEIRAS
PLANTÃO CLINICO/ EMERGENCISTA	2	PJ			24	TODOS OS DIAS DA SEMANA
TELEMEDICINA PEDIATRICA	1	PJ			3	SEGUNDA A SEXTA-FEIRAS
ESPECIALISTA EM DIAGNOSTICO POR IMAGEM - USS	1	PJ			6 (01 DIA NA SEMANA)	A SER DEFINIDO (NECESSIDADE DA DEMANDA COM PROFISSIONAL)

6.2 ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

6.2.1 *Alocação por Tipo de Despesa*

6.2.1 Detalhamento do custeio de gasto com pessoal e seus reflexos;

6.2.3 Detalhamento do custeio com os materiais de consumo necessários a manutenção dos serviços;

6.2.4 Detalhamento do custeio dos serviços prestados por terceiros;

6.2.5 Consideração do percentual de até 5% (cinco por cento) da receita liquida com despesa compartilhada;

6.2.6 Detalhamento do custeio das alterações contratuais em decorrência das datas bases das categorias e os aspectos macroeconômico do país.

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada **em anexo 11.**

6.3 ALOCAÇÃO PARA ATIVIDADE DE QUALIDADE E SEGURANÇA

6.3.1 Detalhamento do custeio das ações da política de educação continuada.

6.3.2 Detalhamento do custeio para o serviço de ouvidoria.

6.3.3 Detalhamento do custeio das comissões técnicas (revisão de prontuário, revisão de óbito, controle de infecção, segurança do paciente, ética de enfermagem, ética médica, farmácia terapêutica, humanização, vigilância epidemiológica e gerenciamento de resíduos).

6.3.4 Detalhamento do custeio da política de segurança dos processos de gerenciamentos de saúde.

6.3.5 Detalhou o custeio das ações voltadas para acreditação pela ONA da unidade de acordo com a vigência do contrato, pelo menos do nível I.

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada **em anexo 12.**

7. METODOLOGIA DA PROPOSTA

7.1 Atendimento a todos os pontos do roteiro proposto.

7.2 Apresentação da proposta de forma objetiva e concisa.

7.3 Definições claras das estratégias de implantação e implementação da proposta, com resultados factíveis.

A presente Proposta seguiu o roteiro proposto no Edital de Chamamento 04/ 2025 – SES/SE e objetivou trazer aos itens descritos neste Plano de Trabalho, todos os requisitos dispostos, com os custos estimados e a organização e monitoramento de todas as ações.

Realizou-se o dimensionamento partindo de estudos de Unidades de Saúde de de Urgência e Emergência, bem como em dados coletados na visita técnica, e buscou-se elencar os profissionais necessários a fim de iniciar prontamente a operacionalização e gestão do Unidade Pronto Atendimento São Vicente, localizado em Tobias Barreto/ SE.

Autenticação eletrônica 624/624
Data e horários em GMT -3:00 Sao Paulo
Última atualização em 18 jul 2025 às 14:39
Identificador: 7129bcccd01b41d2c42fa14c63df7a337816934165ac26e68

Página de assinaturas



Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

18 jul 2025 14:37:36 — **Karen Cardoso** criou este documento. (Email: fin.projetos@bhcl.org.br, CPF: 017.615.582-18)

18 jul 2025 14:39:58 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Saltinho - São Paulo - Brazil

18 jul 2025 14:39:58 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Saltinho - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 145f82e68bb25a67f32986846afcfbba7a65c43efe60f4b64961775f3f9eb6dc
https://valida.ae/7129bcccd01b41d2c42fa14c63df7a337816934165ac26e68

VOLUME 2

Anexo: 01 - Modelo de Manual Central de Materiais Esterilizados (a ser adequado de acordo com a necessidade da Instituição).

Anexo: 02 – Modelo de Manual de Prevenção de Infecção (a ser adequado de acordo com a necessidade da Instituição).

Anexo: 03 – Modelo de Manual de Segurança do Paciente e Protocolo das Metas de Segurança do Paciente (a ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição).

Anexo: 04 - Protocolos Clínicos.

Anexo: 05 - Contrato de Gestão com o Poder Público de Unidades Hospitalares.

ANEXO 1

Modelo de Manual Central de Materiais Esterilizados (a ser adequado de acordo com a necessidade da Instituição)

SUMÁRIO

1. MONTAGEM DE CARGA DA AUTOCLAVE 2
2. LIMPEZA DE ARTIGOS E INSTRUMENTAIS CONTAMINADOS 3
3. TESTE DE BOWIE & DICK 5
4. LIMPEZA E PREPARO DO MATERIAL PARA DESINFECÇÃO COM ÁCIDO PERACÉTICO 7
5. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES 8
6. LIMPEZA DE ARTIGOS CRITICOS, SEMICRITICOS E NÃO CRÍTICOS 10
7. DESCARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES 11
9. PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO EM AUTOCLAVE (VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO) 14
10. LIMPEZA E TECNICA DE DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO 16
11. TECNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBU 18
12. PREPARO DOS ARTIGOS PARA ESTERELIZAÇÃO 19
13. LIMPEZA DIÁRIA DOS EQUIPAMENTOS 21
14. RECOLHIMENTO DE ARTIGOS MÉDICO 22
15. TESTE BIOLÓGICO DAS AUTOCLAVES 24
16. MÉTODOS DE CONTROLE DOS PROCESSOS DE ESTERELIZAÇÃO POR AUTOCLAVAÇÃO 26
17. MÉTODOS DE CONTROLE DOS PROCESSOS DE ESTERELIZAÇÃO POR AUTOCLAVAÇÃO 27
18. ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS 29
19. DILUIÇÃO DO DETERGENTE ENZIMÁTICO 30
20. LIMPEZA DE CATETERES E ACESSÓRIOS 33
21. LIMPEZA MANUAL DE PRODUTOS 35
22. SECAGEM DE PRODUTOS 37
23. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 39
24. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO 39

1. MONTAGEM DE CARGA DA AUTOCLAVE

Objetivo:
Estabelecer rotina para montagem das cargas na autoclave para que todos os turnos realizem a esterilização adequada.

Documentos Complementares:
- POP.ENF.00X – Lavagem das mãos;
- F0. ENF.00X – Registro de Monitorização de Esterilização a Vapor.

Definições e Siglas:
- NA -Não se aplica
- CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:
- CME

Recursos/ Condições Necessárias:
- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Autoclave
- Luva Térmica
- Protetor Auricular
- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Óculos
- Capote

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	• Técnico de Enfermagem	Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X.
2-Realizar a Paramentação	• Técnico de Enfermagem	• Luva Térmica • Protetor Auricular • Calçado fechado • Gorro • Capote	• Realizar a paramentação com capote, gorro, calçado fechado. • Colocar a luva térmica para colocar a carga na autoclave; • Colocar o protetor auricular durante a realização do ciclo de esterilização;
3-Selecionar o material	• Técnico de Enfermagem	• Autoclave • Cestas aramadas	• Selecionar todo o material após preparado; • Colocar na autoclave conforme ciclo;

			• Separar por tipo de ciclo e tamanho de caixas;
4-Posicionar os materiais de forma adequada	• Técnico de Enfermagem	• Instrumentais Autoclave	• Dispor a carga proporcionando a remoção do ar, a penetração e saída do vapor e revaporização da umidade do material.
5-Separar os materiais	• Técnico de Enfermagem	• Autoclave	• Separar os materiais (cubas, cúpulas) por material absorvente de forma que o vapor possa passar entre eles.
6-Realizar os testes adequados	• Técnico de Enfermagem	• NA	• Realizar o teste conforme a carga
7-Evitar condensação durante o processo	• Técnico de Enfermagem	• Autoclave	• Preencher com carga até 80% do interior da câmara • Distribuir os materiais e embalagens para não tocar as paredes da autoclave para evitar condensação.
8-Realizar o registro da carga	• Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos FO.ENF.00X	• Realizar o registro dos testes corretamente; • Realizar o registro de carga;

Ações Corretivas:
- No caso de falha no equipamento comunicar a engenharia clínica;
- No caso de qualquer falha no processo comunicar ao Enfermeiro responsável pela CME.

2. LIMPEZA DE ARTIGOS E INSTRUMENTAIS CONTAMINADOS

Objetivo:
- Remover a matéria orgânica presente.
- Reduzir carga microbiana.
- Impedir a formação de biofilme.

Documentos Complementares:
- POP.ENF.00X – Lavagem das Mãos.

Definições e Siglas:
- CME - Central Material e Esterilização
- EPI – Equipamento de Proteção Individual

Unidades/Serviços Aplicáveis:
- CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Máscara descartável
- Óculos de Proteção
- Sapato Fechado
- Capote de manga longa impermeável
- Água quente
- Detergente Enzimático
- Caixa Plástica
- Luva de procedimentos
- Luva de cano alto
- Condição Necessária: *Utilizar Imediatamente após o preparo o detergente enzimático que foi diluído. Não reutilizar a solução de detergente enzimático, registrando toda a troca no formulário.*

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1-Receber os instrumentais CC e Unidades do Hospital.	• Técnico de Enfermagem	• Caixa Plástica • Detergente Enzimático • Luva de procedimento	• Encaminhar para a sala de lavagem (expurgo) da CME o mais breve possível evitando ressecamento; • Colocar luva de procedimento e encaminhar em caixa plástica fechada; • Caso sejam intervalos maiores de 20 minutos, imergir o instrumental em uma caixa plástica com água até a chegada a CME.
2- Diluir o Detergente Enzimático	• Técnico de Enfermagem	• Detergente Enzimático • Água • Luva de procedimento	• Calçar luva • Realizar a diluição conforme recomendação do fabricante;
3-Imergir os artigos	• Técnico de Enfermagem	• Colocar luva de cano alto • Caixa Plástica	• Colocar na solução de detergente enzimático já diluído os instrumentais desmontando peças moveis, abrindo pinças (exceção as pontiagudas); • Deixar imerso pelo tempo conforme fabricante;
4- Realizar a fricção	• Técnico de Enfermagem	• Escova • Luva de Cano Alto • Máscara	• Realizar a fricção para retirar sujidade, • Conferir a limpeza;

		• Avental Plástico	
5-Realizar o Enxague	• Técnico de Enfermagem	• Água • Escovas • Luva de cano alto	• Lavar as mãos conforme POP.ENF.00X; • Enxaguar o material abundantemente em água corrente;
6-Secar os materiais	• Técnico de Enfermagem	• Pistola de Ar • Compressa • Luva de procedimento	• Realizar a secagem com compressa e/ou pistola de ar comprimido;
7-Realizar registro	• Técnico de Enfermagem	• NA	• Registrar toda troca de detergente a cada lavagem;

Ações Corretivas:

- No caso de qualquer falha no processo comunicar ao Enfermeiro responsável pela CME.

3. TESTE DE BOWIE & DICK

Objetivo: Monitorar diariamente os esterilizadores de pré-vácuo e descobrir vazamentos de ar e penetração de vapor inadequado, como também as falhas da bomba a vácuo.

Documentos Complementares:

NA

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Autoclave
- Luva Térmica
- Protetor Auricular

- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Cartão de Bowie Dick

Descrição:			
Ação	**Responsável**	**Formulário/material**	**Descrição da ação**
1- Lavar as mãos	•Técnico de Enfermagem	•Água e sabonete •Lavagem das mãos POP.ENF.00X	•Conforme POP.ENF.00X
2 – Realizar o teste diariamente	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave	•Realizar o teste diariamente antes de iniciar o uso das autoclaves
3 - Aquecer a autoclave	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave	•Aquecer previamente a autoclave de vapor saturado antes de iniciar o teste
4 – Preencher o cartão (Bowie-Dick test).	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave •Cartão Bowie Dick	•Preencher o cartão (Bowie-Dick test) com data, operador, ciclo e o supervisor.
5- Colocar o cartão Bowie Dick	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave •Cartão Bowie Dick	•Colocar o cartão Bowie Dick no starter kit (base)
6 – Efetuar o teste	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave •Cartão Bowie Dick	•Efetuar o teste com equipamento vazio, sem carga, apenas o Teste Bowie Dick. Posicionar o teste Bowie Dick acima do dreno e perto da porta
7 – Acionar o equipamento	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave •Cartão Bowie Dick	•Acionar o equipamento em ciclo próprio para o teste Bowie Dick
9 – Abertura da porta	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave •Cartão Bowie Dick	•Após término do ciclo, aguardar a expulsão do vapor possibilitando a abertura da porta
10 – Após abertura da porta	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave •Cartão Bowie Dick	• Retirar a base e esperar esfriar
11 – Retirada do cartão	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave •Cartão Bowie Dick	• Após o resfriamento da autoclave retirar o cartão
12 – Verificar a mudança de cor	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave •Cartão Bowie Dick	•Fazer a verificação da mudança de cor do cartão que deverá mudar da cor roxa para verde, o que garantirá um teste aprovado

Ações Corretivas:

Caso cartão não mudar de cor ou apresentar coloração marrom e/ou alguma bolha o teste foi reprovado, comunicar ao Enfermeiro responsável pela CME.

4. LIMPEZA E PREPARO DO MATERIAL PARA DESINFECÇÃO COM ÁCIDO PERACÉTICO

Objetivo: Garantir a remoção da sujidade presente em qualquer superfície do artigo e a eficácia do processo de desinfecção.

Documentos Complementares:

Lavagem das mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Luva de autoproteção
- Calçado fechado impermeável
- Touca Descartável
- Óculos de proteção
- Capote
- Máscara

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	•Técnico de Enfermagem	•Lavagem das mãos POP.ENF.00X	•Conforme POP.ENF.00X
2 – Paramentação	•Técnico de Enfermagem	•Gorro, luva de látex, óculos de proteção, capote, máscara, calçado fechado e impermeável	•Utilizar corretamente todos os EPI
3 – Lavar material	•Técnico de Enfermagem	•Água, detergente enzimático	•Lavar material em água corrente com detergente enzimático
4 – Retirar excesso de água	•Técnico de Enfermagem	•	•Secagem do material

5- Inserção do material no ácido peracético	•Técnico de Enfermagem	• Recipiente fechado, • Ácido peracético	•Colocar o material totalmente imerso no recipiente com ácido peracético 2% por 10 minutos; Manter recipiente fechado
6 – Retirar matérias da solução	•Técnico de Enfermagem	• EPI	Após 10 minutos de imersão retirar o material
7 – Enxágue	•Técnico de Enfermagem	• Água corrente	•Enxaguar abundantemente os matérias em água corrente
9 – Secagem dos materiais	•Técnico de Enfermagem	• Recipiente forrado com compressa	•Colocar os materiais em recipiente forrado com compressa até a secagem
10 – Embalagem	•Técnico de Enfermagem	• Embalagens próprias	• Após a desinfecção dos materiais, na área limpa, os mesmos devem ser montados e guardados em embalagens próprias e individuais com identificação: nome, material, responsável, validade de 15 dias

Ações Corretivas:

Em caso de acidente com o produto ou alterações no processo comunicar ao Enfermeiro responsável pela CME.

5. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES

Objetivo: Realizar limpeza do material de inalação após a sua utilização:

Máscaras, copinhos, cachimbos e tubos de conexão

Documentos Complementares:

NA

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade

- Gorro
- Luva de autoproteção
- Calçado fechado impermeável
- Touca Descartável
- Óculos de proteção
- Avental impermeável
- Máscara

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1 – Separar materiais	•Técnico de Enfermagem	• Solução de água e detergente; hipoclorito de sódio 1%, recipiente com tampa, balde ou bacia plástica com tapa (opacos), compressas ou panos limpos e secos, seringa de 20ml	•Separação dos materiais
2 – Paramentação	•Técnico de Enfermagem	•Gorro, luva de autoproteção, óculos de proteção, capote, máscara, calçado fechado e impermeável; avental impermeável	•Utilizar corretamente todos os EPI
3 – Lavagem e enxágue das peças	•Técnico de Enfermagem	•Água, detergente	•Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente; enxaguar rigorosamente em água corrente
4 – Lavagem e enxágue dos tubos	•Técnico de Enfermagem	• Seringa de 20 ml, água e detergente	•Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20ml; enxaguar o tubo com água corrente, utilizando o mesmo processo.
5- Secagem das peças e tubos	•Técnico de Enfermagem	• Ar comprimido	•Secagem das peças e tubos com ar comprimido
6 – Desinfecção	•Técnico de Enfermagem	•Hipoclorito 1% •Recipiente opaco com tampa	•Emergir todas as peças e tubos em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos em recipiente com tampa e opaco

7 – Retirada das peças	•Técnico de Enfermagem	• Luva de procedimento/ pinças longas	•Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa
9 – Enxágue	•Técnico de Enfermagem	• Água corrente	• Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente e secar com compressor.
10 –Armazenamento	•Técnico de Enfermagem	• Recipiente tampado, embalagens próprias	• Após a desinfecção dos materiais, na área limpa, os mesmos devem ser montados e guardados em embalagens próprias e individuais com identificação: nome, material, responsável, validade de 15 dias

Ações Corretivas:

Em caso de acidente com o produto ou alterações no processo comunicar ao Enfermeiro responsável pela CME.

6. LIMPEZA DE ARTIGOS CRITICOS, SEMICRITICOS E NÃO CRÍTICOS

Objetivo:

- Remover sujidade visível de material orgânico (sangue, secreção e tecidos) e não orgânicos do material hospitalar de forma manual. É uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos médicos hospitalares, sejam críticos, semicríticos ou não críticos.

Documentos Complementares:

- Lavagem das mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

- NA – Não se aplica
- CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

- CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro

- Protetor Auricular
- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Óculos de proteção.

Descrição:			
Ação	**Responsável**	**Formulário/material**	**Descrição da ação**
1 – Lavar as mãos	• Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Utilizar EPIs	• Técnico de Enfermagem	• Luva, mascara, óculos, avental, gorro.	• Utilizar EPIs com o objetivo de evitar qualquer tipo de acidente de trabalho e também a contaminação dos materiais a serem limpos.
3 – Lavar	• Técnico de Enfermagem	• Artigos Críticos, semicríticos, não críticos.	• Imergir os artigos em solução de detergente enzimático, por tempo determinado pelo fabricante; • Retirar o artigo da solução detergente, limpar com auxílio de escovas ou esponjas macias, seguindo as linhas das serrilhas, retirando todos os resíduos (crostas e secreções); • Enxaguar abundantemente com água potável corrente;
4 – Secar	• Técnico de Enfermagem	• Artigos Críticos, semicríticos, não críticos.	• Secar os artigos com compressa limpa e seca e/ou ar comprimido (quando necessário).
5 – Inspeção	• Técnico de Enfermagem	• Artigos Críticos, semicríticos, não críticos.	• Fazer inspeção visual do artigo, acondicionar em invólucro padronizado e encaminhar pra a CME.

Ações Corretivas:

- No caso de ocorrências ou quaisquer tipos de acidentes no momento de limpeza de artigos críticos, semicríticos e não críticos comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

7. DESCARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

Objetivo: Manter integridade dos artigos e evitar contaminação dos artigos

Documentos Complementares:

NA

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Autoclave
- Luva térmica
- Calçado fechado impermeável
- Touca Descartável
- Óculos de proteção
- Avental impermeável
- Máscara

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	•Técnico de Enfermagem	•Água e sabonete •Lavagem das mãos POP.ENF.00X	•Conforme POP.ENF.00X
2 – Paramentação	•Técnico de Enfermagem	•Gorro, luva térmica, óculos de proteção, capote, máscara, calçado fechado e impermeável; avental impermeável	•Utilizar corretamente todos os EPI
3 – Abrir porta da autoclave	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave, luvas de auto proteção	•Abrir o lado estéril da autoclave
4 – Tempo de abertura da porta	•Técnico de Enfermagem	• Autoclave	• Deixar a porta da autoclave aberta em 5cm por 10 minutos
5- Retirada do material da autoclave	•Técnico de Enfermagem	• autoclave	•Colocar os cestos sobre a bancada, fechar a porta da autoclave, retirar as luvas e deixa-las sob o rack

6- Lavar as mãos	•Técnico de Enfermagem	•Água e sabonete •Lavagem das mãos POP.ENF.00X	•Conforme POP.ENF.00X
7 – Retirada do material dos cestos	•Técnico de Enfermagem		•Retirar os materiais dos cestos, na área limpa, separá-los de acordo com o setor e distribuí-los na sala de armazenamento.

Ações Corretivas:

Em caso de alterações no processo comunicar o enfermeiro responsável imediatamente.

8. RECEBIMENTO DE ARTIGOS CONTAMINADOS

Objetivo: Reprocessar artigos contaminados para utilização em um próximo procedimento

Documentos Complementares:

POP Higiene e Limpeza (POP.SHL.00X), Lavagem de mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Autoclave
- Luva látex (especial) ou borracha
- Calçado fechado impermeável
- Óculos de proteção
- Avental impermeável
- Máscara

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Calçar luvas	•Técnico de Enfermagem	•Utilização das luvas no serviço de Higiene	•Calçar luvas para recebimento de artigos contaminados no expurgo

		e Limpeza POP.SHL.00X	(área suja) juntamente com impresso previamente fornecido
2 – Separação de materiais	• Técnico de Enfermagem	• EPI	• Separar os artigos contaminados de acordo com a limpeza a ser realizada: desinfecção, esterilização a vapor
3 – Retirar luvas	• Técnico de Enfermagem	• EPI • Utilização das luvas no serviço de Higiene e Limpeza POP.SHL.00X	• Retirada de luvas
4- Lavar as mãos	• Técnico de Enfermagem	• Água e sabonete • Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X

Ações Corretivas:

Em caso de alterações no processo comunicar ao Enfermeiro responsável pela CME.

9. PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO EM AUTOCLAVE (VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO)

Objetivo: Oferecer ao usuário um artigo livre da presença de microrganismos garantido que o produto oferecido possa ser utilizado pelos profissionais sem risco de contaminação para a cliente

Documentos Complementares:

POP Lavagem de mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Autoclave
- Luva de autoproteção
- Calçado fechado impermeável
- Óculos de proteção

- Avental impermeável
- Máscara

Descrição:			
Ação	**Responsável**	**Formulário/material**	**Descrição da ação**
1- Lavar as mãos	•Técnico de Enfermagem	•Água e sabonete •Lavagem das mãos POP.ENF.00X	•Conforme POP.ENF.00X
2 – Paramentação	•Técnico de Enfermagem	•Gorro, luva de autoproteção, óculos de proteção, capote, máscara, calçado fechado e impermeável; avental impermeável	•Utilizar corretamente todos os EPI
3 – Empilhamento	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave	•Fazer empilhamento vertical; acomodar o material e acordo com a carga: leve (15 minutos); pesada (30 minutos). Não ultrapassar dois terços da capacidade de câmera e não encostar os pacotes nas paredes das autoclaves (80% da capacidade); dispor os pacotes de forma intercalada, com espaço de 2 cm entre eles e destes para as paredes da câmara.
4- Caixas metálicas	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave	•Devem estar deitadas e utilizadas somente com as tampas entre abertas ou perfuradas e recobertas em embalagem adequada
5 – Objetos Côncavos	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave	• Devem ser colocados com a boca virada para baixo
6 – Remoção do ar	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave	• A remoção do ar no interior da câmara e dos pacotes através de vácuo
7 – Admissão do vapor	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave	• Após a exaustão do ar ocorre a admissão do vapor, iniciando-se a exposição dos materiais a esterilização: - Tempo de penetração - Tempo de esterilização - Intervalo de confiança
8 – Exaustão do vapor	•Técnico de Enfermagem	•Autoclave	•Tempo de exaustão do vapor

9 – Secagem da carga	• Técnico de Enfermagem	• Autoclave	• Abrir autoclave (manter entre aberta); aguardar de 30 a 40 minutos; não retirar da câmara dos pacotes molhados; os pacotes quentes não deverão ser tocados ou colocados em superfícies frias; verificar se os indicadores passaram por esterilização.
10 - Armazenamento	• Técnico de Enfermagem	• Sala de estocagem	• Encaminhar material esterilizado para sala de estocagem e distribuição.

Ações Corretivas:

Em caso de alterações no processo comunicar ao Enfermeiro responsável pela CME.

10. LIMPEZA E TECNICA DE DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO

Objetivo: Garantir a limpeza e desinfecção dos umidificadores.

Documentos Complementares:

POP Lavagem das mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Protetor Auricular
- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Óculos

Descrição:			
Ação	**Responsável**	**Formulário/material**	**Descrição da ação**
1- Lavar as mãos	• Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Separar o material	• Técnico de Enfermagem	• Esponja macia, escova de mamadeira, solução de água e detergente, panos limpos e secos, balde ou bacia, hipoclorito de sódio a 1%.	• Separar todo o material que será utilizado no processo de limpeza e desinfecção.
3 – Esvaziar umidificadores	• Técnico de Enfermagem	• Umidificadores.	• Esvaziar os umidificadores desprezando a solução na pia.
4 – Lavar o material.	• Técnico de Enfermagem	• Tubos metálicos e umidificadores.	• Lavar material com solução de água e detergente usando esponja de limpeza. Repetir o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira.
5- Enxaguar o material.	• Técnico de Enfermagem	• Tubos e umidificadores.	• Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente. Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente. Imergir em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente o recipiente plástico); • Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre o pano limpo e seco. Friccionar álcool a 70% por 3 vezes na parte metálica que acompanha o umidificador.

Ações Corretivas:

No caso de ocorrências ou quaisquer tipos de acidentes no momento de limpeza e desinfecção dos umidificadores comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

11. TECNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBU

Objetivo: Garantir a limpeza e desinfecção dos Ambus.

Documentos Complementares:

POP Lavagem das mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Protetor Auricular
- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Óculos de proteção.

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	• Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Separar o material	• Técnico de Enfermagem	• Esponja macia, solução de água e detergente neutro e enzimático, panos limpos e secos.	• Separar todo o material que será utilizado no processo de limpeza e desinfecção.
3 – Desmontar o ambu e limpar bolsa ventilatória	• Técnico de Enfermagem	• Ambu	• Desmontar, retirar a máscara e conexões e limpar bolsa ventilatória.
4 – Enxaguar	• Técnico de Enfermagem	• Máscaras, conexões e bolsa ventilatória	• Enxaguar em água corrente e secar. Imergir a máscara e conexões em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos; • Retirar da solução de hipoclorito

			e enxaguar em água corrente e secar; • Imergir a máscara e conexões em solução de hipoclorito e enxaguar em água corrente;
5- Secar e guardar	• Técnico de Enfermagem	• Ambu	• Secar e guardar em recipiente tampado.

Ações Corretivas:

No caso de ocorrências ou quaisquer tipos de acidentes no momento de limpeza e desinfecção dos umidificadores comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

12. PREPARO DOS ARTIGOS PARA ESTERELIZAÇÃO

Objetivo: Manter o artigo estéril durante o armazenamento, transporte e manuseio, permitindo a entrada do agente esterilizante, impedindo a penetração do agente microbiano.

Documentos Complementares:

POP Lavagem das mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Protetor Auricular
- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Óculos de proteção.

Descrição:			
Ação	**Responsável**	**Formulário/material**	**Descrição da ação**

1- Lavar as mãos	• Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Esterilização em autoclave	• Técnico de Enfermagem	• Tecidos de algodão	• Invólucros de tecido de algodão Cru Duplo para envolver caixas, bandejas e demais artigos.
3 – Caixas	• Técnico de Enfermagem	• Caixas	• Colocar artigos mais pesados no fundo da caixa; • Colocar os artigos de peso médio na segunda camada; • Colocar sobre os artigos como última camada, artigos mais leves e a pinça de assepsia sobre estes; • Desmontar as peças que podem ser desmontadas; • As pinças fechadas na primeira cremalheira; • As cubas “emborcadas”; • Colocar os integradores químicos de acordo com o tamanho e quantidade de peças. Colocar o integrador químico no centro geométrico de cada caixa, para recipientes rígidos, coloque o integrador em cantos opostos. Em recipientes com vários níveis, coloque o integrador no centro de cada nível.
4 – Bandejas	• Técnico de Enfermagem	• Bandejas de pequenas cirurgias	• Colocar os instrumentais obedecendo a sequência de um procedimento cirúrgico, ou seja, instrumental de diérese (corte), hemostasia e síntese (sutura); • Colocar o integrador no centro geométrico de cada pacote.
5- Outros materiais	• Técnico de Enfermagem	• Comadre, periquito, bacia, cuba redonda, cuba rim, lavagem externa, cateterismo.	• Envolver em tecido de algodão cru duplo; • Tecido de algodão cru duplo, compressas grandes e pequenas; • Selecionar as compressas (livre de impurezas); • Dobrar conforme técnica; • Envolver em campo duplo de algodão nº 6; • Colocar 06 compressas no pacote.

Ações Corretivas:

No caso de ocorrências ou quaisquer tipos de acidentes comunicarem imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

13. LIMPEZA DIÁRIA DOS EQUIPAMENTOS

Objetivo: Manter o bom funcionamento e garantir maior vida útil.

Documentos Complementares:

Lavagem das mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Protetor Auricular
- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Óculos de proteção.

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	• Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Esterilização em autoclave	• Técnico de Enfermagem	• Tecidos de algodão	• Invólucros de tecido de algodão Cru Duplo para envolver caixas, bandejas e demais artigos.
3 – Limpeza	• Técnico de Enfermagem	• Rodos (utilizados apenas nas autoclaves), compressas, álcool 70% e pano úmido (utilizado apenas nas autoclaves	• Trazer estes rodos, compressa e álcool 70% e pano úmido; • Limpar com compressa úmida no interior da câmara, iniciando do fundo para a porta e do alto para baixo; • Repetir quantas vezes for necessário;

			• Utilizar compressa seca para secar o interior da câmara; • Com auxílio de um rodo umedecer o pano em álcool 70% e passar internamente em toda a câmara; • Passar a compressa úmida no cesto da autoclave.

Ações Corretivas:

No caso de ocorrências ou quaisquer tipos de acidentes comunicarem imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

14. RECOLHIMENTO DE ARTIGOS MÉDICO

Objetivo: Transportar artigos contaminados para o expurgo da Central de Material Esterilizado (CME) e reprocessar artigos para realização de novo procedimento.

Documentos Complementares:

Lavagem das mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Luvas
- Óculos de proteção.

Descrição:			
Ação	**Responsável**	**Formulário/material**	**Descrição da ação**
1- Lavar as mãos	• Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Recolhimento e transporte dos materiais	• Técnico de Enfermagem	• Artigos médico-hospitalares.	• Todos os setores da unidade utilizam materiais processados e reprocessados pela Central de Material Esterilizado para o desenvolvimento de diversos procedimentos que necessitem de artigos estéreis, contando com a estrutura, profissionais e recursos desta unidade para tal. • A CME é responsável pelo recolhimento do C.C. Os demais setores são responsáveis pelo transporte de materiais contaminados para a CME; • Transportar os artigos em carros fechados; • Entrar pela porta de acesso ao expurgo; • Deixar os artigos em bancada própria; • Levar o carro fechado até o C.C.; • Aguardar a funcionária responsável pelo expurgo do C.C. colocar os artigos contaminados em carro inox com identificação de material contaminado; • Retornar com materiais contaminados para o expurgo da CME; • Utilizar as luvas e retirar os materiais contaminados do carro inox e colocar na bancada para processo de limpeza; • Retirar as luvas; • Realizar a higienização das mãos novamente.

Ações Corretivas:

No caso de ocorrências ou quaisquer tipos de acidentes comunicarem imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

15. TESTE BIOLÓGICO DAS AUTOCLAVES

Objetivo: Validar o equipamento.

Documentos Complementares:

Lavagem das mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Luvas
- Óculos de proteção.

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	• Enfermeiro e Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Realização do Teste Biológico	• Enfermeiro e Técnico de Enfermagem	• Teste biológico das autoclaves	• Selecionar os pacotes desafio e colocar as ampolas no meio dos pacotes; • Identificar as ampolas de acordo com a posição dentro da autoclave; • Carregar a autoclave junto com os pacotes “testes” colocando-os na câmara interna nas seguintes posições: fundo/meio/porta e fechar a autoclave; • Iniciar o ciclo e ao término da esterilização esperar esfriar;

			• Abrir a porta do lado “de carga” e liberar a carga; • Retirar as ampolas dos pacotes identificando-as (posição dentro da autoclave); • Colocar na incubadora as ampolas com inclinação de 45º para quebra-las; • Colocar na incubadora junto com as ampolas que foram esterilizadas, a ampola teste identificando-a como “teste”; • Ligar a incubadora e fazer o registro em planilha própria; • Realizar 1ª leitura 08 horas após ter ligado a incubadora e registrar: Positivo (+) se uma das ampolas que foram esterilizadas mudar de cor roxa para amarelo, é negativo (-) se as ampolas esterilizadas permanecerem com a mesma cor roxa. • Realizar a 2ª leitura 16 horas após ter ligado a incubadora; • Realizar a 3ª leitura 24 horas após ter ligado a incubadora; realizar a 4ª leitura 32 horas após ter ligado a incubadora; realizar a 5ª leitura 40 horas após ter ligado a incubadora; realizar a 6ª leitura 48 horas após ter ligado a incubadora; • Registrar em planilha própria “+ ou –“ de acordo com a coloração das ampolas; • Desprezar as ampolas, usando luvas de procedimento em local próprio (caixa pérfuro-cortante).

Ações Corretivas:

Caso ocorra mudança de coloração das ampolas, comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME. Recolher todos os pacotes que pertencem aquele lote e interditar autoclave.

16. MÉTODOS DE CONTROLE DOS PROCESSOS DE ESTERELIZAÇÃO POR AUTOCLAVAÇÃO

Objetivo: Validar a eficácia do processo de esterilização.

Documentos Complementares:

Lavagem das mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Luvas
- Óculos de proteção.

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	• Enfermeiro, auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Controlar os processos de Esterilização por autoclavação.	• Enfermeiro e Técnico de Enfermeiro, auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Utilização de indicadores químicos, biológicos e mecânicos.	• Utilizar parâmetros para demonstrar a eficácia de todo processo de esterilização realizado através do equipamento de autoclave (parâmetros físicos, controles químicos e controle biológico).

Ações Corretivas:

Caso ocorra mudança em qualquer parte do processo que torne os métodos de controle inadequados, comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

17. MÉTODOS DE CONTROLE DOS PROCESSOS DE ESTERELIZAÇÃO POR AUTOCLAVAÇÃO

Objetivo: Oferecer ao usuário um artigo livre da presença de microrganismos, garantindo que o produto médico-hospitalar oferecido possa ser utilizado pelos profissionais nos diversos procedimentos desenvolvidos, sem riscos de transmissão do agente infectante.

Documentos Complementares:

Lavagem das mãos (POP.ENF.00X)

Definições e Siglas:

NA – Não se aplica

CME – Central de Material e Esterilização

Unidades/Serviços Aplicáveis:

CME

Recursos/ Condições Necessárias:

- Uniforme privativo da unidade
- Gorro
- Calçado fechado
- Touca Descartável
- Luvas
- Óculos de proteção.

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	• Enfermeiro, auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Preparar e empacotar os artigos que serão esterilizados	• Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Artigos e materiais a serem esterilizados em autoclave	• Inspecionar o artigo antes de iniciar o empacotamento, quanto a limpeza, integridade e a funcionalidade; • Conferir as bandejas de

			instrumental cirúrgico quanto a quantidade de materiais de cada uma delas antes de embalar com involucro apropriado; • Selecionar a embalagem de acordo com o processo, o peso e o tamanho do artigo; • Verificar se a embalagem é permeável ao agente esterilizante, permitindo o contato com o conteúdo do pacote; • Verificar se o tecido duplo não apresenta dobra interna, para melhor proteção do pacote, quando utiliza não-tecido; • Verificar se a embalagem é resistente à umidade e se não oferece dificuldade à abertura do pacote, permitindo observar os princípios da técnica asséptica; • Remover o ar do interior das embalagens grau cirúrgico ou filme plástico antes de selar, pois a expansão do ar no interior da câmara de esterilização pode provocar abertura do pacote; • Selar com segurança, observando se a selagem está na integra, sem orifícios, áreas queimadas ou enrugadas; • Fazer a identificação na embalagem do artigo em etiqueta adequada, com as informações: descrição do conteúdo, método de esterilização, data da esterilização, data de validade e nome do preparador do artigo.

Ações Corretivas:

Caso verifique qualquer tipo de irregularidade em relação a limpeza, integridade e funcionalidade no processo, comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

18. ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS

1 – OBJETIVO

- Assegurar as condições de esterilidade dos produtos e garantir sua utilização em perfeitas condições.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

NA

3 – SETORES RELACIONADOS

NA

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

- CME: Central de Materiais e Esterilização, CC: Centro Cirúrgico.
- EPI´S: Equipamentos de Proteção Individual.
- PVPS: Primeiro a vencer – Primeiro a sair.
- SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- C.C.: Centro Cirúrgico.

5.1 – Recursos Necessários:

- Planilha de entrada e saída de material.
- EPIs recomendados.

Descrição:			
Ação	**Responsável**	**Formulário/material**	**Descrição da ação**
1- Lavar as mãos	• Enfermeiro, auxiliar ou Técnico de	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X

	Enfermagem		
2 – Armazenagem dos produtos	• Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Artigos e materiais a serem acondicionados na unidade.	• Separar os produtos esterilizados / termo desinfectados para armazenamento no arsenal da CME. • Colocar os produtos nas prateleiras / armários / cestos de forma a facilitar a identificação e localização dos mesmos, obedecendo ao prazo de validade e método PVPS. • Verificar diariamente a quantidade de produtos esterilizados / termo desinfectados, o prazo de validade e as embalagens fora dos padrões exigidos. *Nota[1]:* Não armazenar no arsenal, materiais vencidos. A verificação do prazo de validade deverá ser realizada diariamente. *Nota[2]:* Antes de reprocessar um material vencendo na data, verificar juntamente ao CC se haverá necessidade de utilização do material nesta data.

Ações Corretivas:

Caso verifique qualquer tipo de irregularidade em relação a limpeza, integridade e funcionalidade no processo, comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

19. DILUIÇÃO DO DETERGENTE ENZIMÁTICO

1 – OBJETIVO

- Orientar as ações de diluição do detergente enzimático.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- Formulário - Etiqueta de diluição de solução.
- Ficha Técnica do fabricante.

3 – SETORES RELACIONADOS: NA

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

- CME: Central de Materiais e Esterilização,
- EPI´S: Equipamentos de Proteção Individual,
- SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

5.1 – Recursos Necessários:

- EPIs recomendados.
- Recipiente plástico.
- Etiqueta de identificação do produto.

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	• Enfermeiro, auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Diluição dos produtos	• Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Diluição de produtos conforme orientação do fabricante	• Utilizar EPI´s recomendados.

			• Diluir o detergente enzimático de acordo com recomendações do fabricante. • Adicionar o volume recomendado pelo fabricante do detergente enzimático para cada litro de água (no recipiente plástico e na lavadora ultrassônica); colocando o detergente enzimático diretamente no compartimento destinado ao produto de limpeza (na lavadora termodesinfectora). • Seguir as recomendações do fabricante dos equipamentos. • Colar a etiqueta de identificação das soluções no recipiente plástico e na lavadora ultrassônica a cada diluição. • Preencher todos os campos da etiqueta de identificação: data da diluição, lote do produto, hora da diluição, data e hora do vencimento, responsável pela diluição. *Nota₁:* Colar a etiqueta de identificação das soluções no frasco ao abri-lo; *Nota₂:* Colar a etiqueta de identificação das soluções no recipiente plástico ou na lavadora ultrassônica no momento da diluição; *Nota₃:* Validar o frasco de detergente enzimático por 7 dias após a data de abertura.

Ações Corretivas:

Caso verifique qualquer tipo de irregularidade em relação a limpeza, integridade e funcionalidade no processo, comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

20. LIMPEZA DE CATETERES E ACESSÓRIOS

1 – OBJETIVO

- Remover sujidades, residuos e excessos de secreções.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- Impresso de controle de materiais (saída e retorno externo).
- Impresso de controle de higienização, desinfecção e esterilização de materiais

3 – SETORES RELACIONADOS

- CME.

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

- CME: Central de Material Esterilizado.
- SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- EPI: Equipamento de Proteção Individual.

5.1 – Recursos Necessários:

- EPI's; avental impermeável; máscara de proteção facial; água corrente; sabão líquid0; solução desincrostante; seringa de 10 e 20ml; ar comprimido; compressas limpas e bloco de encaminhamento externo.

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	• Enfermeiro, auxiliar ou	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X

	Técnico de Enfermagem		
2 – Limpeza de cateteres e acessórios	• Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Controle de desinfecção de cateteres e acessórios	• Utilizar EPI's preconizados; • Separar os materiais, avaliando as características de sujidade; • Emergir em solução desencrostante; • Realizar a pré-lavagem com água e sabão; • Enxáguar os materiais em água corrente abundante; • Deixar por 30 minutos em solução desinfectante; • Enxáguar os catéteres e acessórios em água corrente abundante, lavando bem a luz dos mesmos; • Secar externamente com compressas limpas e internamente com ar comprimido; • Manter catéteres estendidos, sobre uma tábua de madeira, para que não ocorra a danificação dos mesmos; • Proceder a listagem dos materiais a serem encaminhados à

			empresa que processara esterilização dos mesmos, em duas vias, sempre avaliando a higienização dos mesmos; • Armazenar em caixas próprias os materiais que serão encaminhados para esterilização. *Nota 1:* Quando o processo for realizado através peróxido de hidrogênio, acondicioná-los dentro da máquina e proceder à esterilização.

Ações Corretivas:

Caso verifique qualquer tipo de irregularidade em relação a limpeza, integridade e funcionalidade no processo, comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

21. LIMPEZA MANUAL DE PRODUTOS

1 – OBJETIVO

- Garantir ações para eficácia do processo de desinfecção e esterilização.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- Pasta de listagem de caixas e bandejas.

3 – SETORES RELACIONADOS: NA

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

- CME: Central de Materiais e Esterilização.
- EPI´S: Equipamentos de Proteção Individual.
- CCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários:

- EPI´s recomendados.
- Recipiente plástico.
- Escovas.
- Esponjas.

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	• Enfermeiro, auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Limpeza de manual de produtos	• Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Controle de desinfecção de cateteres e acessórios	• Utilizar EPI´s recomendados. • Diluir o detergente enzimático de acordo com a orientação de Diluição de Detergente Enzimático. • Abrir ou desmontar as partes do material / instrumental. • Imergir o material / instrumental em solução enzimática, preencher os lúmens (no caso de artigos canulados) no recipiente plástico com tampa, e deixar por tempo recomendado pelo fabricante. • Retirar o artigo da solução enzimática. • Proceder à limpeza manual com sabão e água, utilizar escovas e esponjas macias.

			• Escovar as pinças no sentido das serrilhas, visando à remoção de crostas ou quaisquer tipos de resíduos depositados nas ranhuras, serrilhas, articulações, cremalheiras, parafusos ou mesmo na superfície de material. • Proceder enxágue rigoroso dos materiais com água corrente até remover a sujidade e a solução enzimática, no caso de artigos tubulares, lavar os lumens utilizando as escovas tubulares com o diâmetro compatível com o artigo, com movimentos circulares, em sentido único. • Encaminhar os artigos para a sala de preparo (área limpa) ou para limpeza mecânica, quando pertinente. *Nota₁:* Artigos com lúmen devem ser encaminhados, preferencialmente à lavadora ultrassônica após a lavagem manual.

Ações Corretivas:

Caso verifique qualquer tipo de irregularidade em relação a limpeza, integridade e funcionalidade no processo, comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

22. SECAGEM DE PRODUTOS

1 – OBJETIVO

- Garantir a eficácia do processo de desinfecção e esterilização.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- NA

3 – SETORES RELACIONADOS

- NA

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

- CME: Central de Materiais e Esterilização.
- EPI´S: Equipamentos de Proteção Individual.
- CCIH: Controle de Controle de Infecção Hospitalar.

5.1 – Recursos Necessários:

- EPI´s recomendados.
- Tecido absorvente
- Compressas limpas
- Jato de ar comprimido.

Descrição:

Ação	Responsável	Formulário/material	Descrição da ação
1- Lavar as mãos	• Enfermeiro, auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• Lavagem das mãos POP.ENF.00X	• Conforme POP.ENF.00X
2 – Secagem de produtos	• Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	• nda	• Utilizar EPI´s recomendados. • Cobrir a bancada com o tecido absorvente de cor branca.

			• Dispor os produtos sobre o tecido absorvente de cor branca. • Secar o artigo em toda a sua extensão, de acordo com o tipo, com compressa limpa e jato de ar comprimido. • Fazer inspeção dos produtos criteriosamente com lupa articulada de bancada.

Ações Corretivas:

Caso verifique qualquer tipo de irregularidade em relação a limpeza, integridade e funcionalidade no processo, comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável pela CME.

23. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Possari, João Francisco, Centro de Material e Esterilização - Planejamento, Organização e Gestão – Possari Edição: 4a., 2010.

2. Kazuko Uchikawa Enfermagem em Centro de Material e Esterilização, 2011.

3. Simch, B., Dresch, F., & Maciel, M. J. (2018). *Análise microbiológica de um centro de material esterilizado hospitalar: identificação e resistência a antibióticos*.

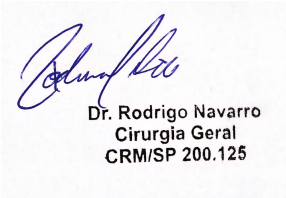
4. Moura, M. C., Lima, M. D. O., Sousa, M. A., & Silva, K. R. (2021). *A importância da central de material esterilizado para a dinâmica hospitalar: uma revisão integrativa da literatura*.

24. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	MANUAL	Qualidade	
Título	CENTRAL DE MATERIAL ESTERELIZADO	Data de emissão: 31/07/2024 Versão: 00	Data de revisão: 31/07/2026

Elaboração/Revisão

Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**



ANEXO 2

Modelo de Manual de Prevenção de Infecção (a ser adequado de acordo com a necessidade da Instituição)

Sumário

1. Objetivo 3

2. Abrangência 3

3. Responsabilidades 3

5. Descrição do Procedimento 3

5.1 Biossegurança 5

5.2. Prevenção de Infecção Relacionada ao Acesso Vascular 6

5.3 Acesso Venoso Periférico: 6

5.4 Cateter Venoso Central: 7

5.5 Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica 9

5.6 Prevenção de Infecção Relacionada a Sondagem Vesical de Demora 11

5.7 Limpeza do Ambiente 12

5.8 Limpeza Concorrente: 13

5.9 Limpeza Terminal: 14

5.8 Troca de Dispositivos 16

5.9 Precauções de Isolamento 17

5.10 Prazos e Validade dos Artigos Processados no CME 24

5.11 Higienização das Mãos 26

5.12 Envio de Materiais para Processamento Externo 28

5.13 Classificação da Desinfecção: 29

5.14 Medidas Preventivas na Manutenção da SVD: 32

5.15 Quanto a Utilização de Umidificadores: 33

5.16 Utilização de Sistema de Aspiração Aberto: 34

5.17 Cateter Venoso Central: 35

5.18 Troca de Curativo: 37

6. Referências Normativas 38

7. Anexos 42

8. Histórico de Revisão e Aprovação 47

1. Objetivo

Reduzir a incidência das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) na instituição, através da padronização de medidas preventivas.

2. Abrangência

Todas as unidades do serviço de saúde.

3. Responsabilidades

Equipe profissional.

4. Registros e Evidências

5. Descrição do Procedimento

6.1 Biossegurança:.....03

6.2 Prevenção de Infecção Relacionada ao Acesso Vascular:.....04

6.3 Prevenção de Pneumonia Associada a VM:.....07

6.4 Prevenção de Infecção Relacionada a SVD:.....09

6.5 Limpeza do Ambiente:.....11

6.6 Recomendação do Uso de Soluções Degermantes e Esterilizantes:.....13

6.7 Troca de Dispositivos:.....14

6.8 Precaução e Isolamento:.....15

6.9 Precaução e Isolamento de Contato e Respiratório:.....18

6.10 Prazos e Validade de Artigos Processados no CME:.....23

6.11 Limpeza Concorrente e Terminal:.....24

6.12 Higienização das Mãos:.....26

6.13 Envio de Material para Processamento Externo:.....28

6.14 Recebimento e Limpeza Ventilatória:.....30

6.15 Bundle de Prevenção:.....32

7. Referências Normativas:.....39

8. Anexos:.....42

9. Histórico de Revisões:.....46

5.1 Biossegurança

Este conjunto de normas e procedimentos visa garantir a segurança e a manutenção da saúde em atividades com risco de doenças profissionais. As principais recomendações são:

- Transportar materiais perfurocortantes em bandejas para evitar acidentes;
- Informar e orientar o paciente previamente sobre o procedimento a ser realizado, buscando sua colaboração e minimizando riscos;
- Utilizar equipamentos de proteção individual (EPIs) recomendados, de acordo com o procedimento e as condições do paciente;
- Nunca reencapar agulhas;
- Acondicionar materiais perfurocortantes em local seguro (bandeja ou cuba) após o uso e descartá-los na caixa de perfurocortantes assim que possível;
- Respeitar o limite de 2/3 da capacidade da caixa de perfurocortantes para evitar acidentes;
- Seguir as orientações sobre precauções e isolamentos conforme o POP de isolamentos.
- Higienizar as mãos nos cinco momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

5.2. Prevenção de Infecção Relacionada ao Acesso Vascular

Cateteres vasculares centrais (CVC) e periféricos são potenciais portas de entrada para agentes infecciosos, podendo resultar em infecções localizadas na pele ou infecções de corrente sanguínea. Essas infecções podem aumentar o tempo de internação, as taxas de morbidade e mortalidade, bem como os custos hospitalares. Para reduzir a ocorrência dessas complicações, foi-se elaborado uma série de recomendações que devem ser seguidas por todos os profissionais de saúde. São elas:

- Retirar todos os adornos (anéis, alianças, relógios);
- Realizar Higienização das mãos conforme preconizado pela OMS;
- Utilizar os EPIs adequados de acordo com o quadro clínico do paciente e procedimento proposto;
- Minimizar o uso do cateter vascular central (CVC), optando por punção periférica sempre que possível;
- Considerar a retirada precoce sempre que possível;
- Não instalar acessos venosos em locais próximos a lesões de pele;
- Realizar a desinfecção dos conectores do sistema de infusão com álcool a 70% e aguardar a secagem, antes de sua utilização;
- Proteger as conexões com saco plástico limpo durante o banho.

5.3 Acesso Venoso Periférico:

É a inserção de um cateter na rede venosa periférica para a administração de medicamentos ou coleta de exames. Os acessos periféricos têm baixo risco de infecção, uma vez que sua permanência é curta. Uma complicação frequente é a flebite química, que aumenta o risco de infecção. Sendo assim, as recomendações abaixo têm o objetivo de minimizar sua ocorrência.

- Utilizar dispositivo com agulha (Scalp, por exemplo, butterfly) ou cateteres de poliuretano

(por exemplo, Jelco);

- Sempre valorizar a queixa do paciente e retirar o cateter que estiver com sinais de flebite

  (calor, dor, hiperemia).

5.4 Cateter Venoso Central:

O cateter vascular central (CVC) é recomendado para pacientes sem condição de acesso venoso periférico, pacientes que estejam recebendo drogas vasoativas, outras drogas de infusão contínua, NPP ou soluções hiperosmolares, pacientes críticos com instabilidade hemodinâmica e pacientes que necessitem de monitorização hemodinâmica invasiva. É recomendado:

- Em pediatria, não há recomendação quanto ao sítio de inserção do cateter no sentido de prevenir infecção de corrente sanguínea, devendo ser escolhido o melhor sítio baseado nas características do paciente e experiência do profissional que realizará o paciente;
- Em pacientes adultos devemos escolher preferencialmente os seguintes sítios para inserção do cateter: Veia jugular, Veia subclávia, Veia femoral.
- Evitar a dissecção venosa sempre que possível;
- Evitar inserção de cateter em regiões próximas a lesões de pele;
- Realizar higienização das mãos antes e após realizar o procedimento;
- Utilizar precaução de barreira máxima durante a inserção do CVC, que inclui: máscara cirúrgica, gorro, luvas, avental estéreis, e campo estéril fenestrado;
- Realizar antissepsia da pele com clorexidine degermante a 2% e, posteriormente, realizar a antissepsia com clorexidine alcoólica 0,5% antes do início do procedimento;
- Sempre aguardar a secagem da pele para iniciar o procedimento;
- O curativo inicial deve ser realizado com gaze estéril e substituído por filme transparente estéril após 24 h, desde que não haja sangramento ativo;
- O curativo transparente estéril deve ser trocado a cada 7 dias ou antes, se houver sinais de umidade ou sujidade ou se estiver em mau aspecto;
- Para adequada troca do curativo, é recomendado higienizar as mãos antes e após o procedimento, utilizar máscara cirúrgica e luvas estéreis, e realizar antissepsia da pele com clorexidine alcoólico;
- Higienizar as mãos antes e após toda manipulação do cateter;

- Realizar a desinfecção dos conectores do sistema de infusão com álcool a 70% e aguardar a secagem, antes de sua utilização;
- Proteger o cateter, desde sua inserção até suas conexões, durante o banho, de forma que o mesmo não seja molhado;
- Realizar preenchimento da documentação de avaliação diária (check list do bundle de prevenção de infecção de corrente sanguínea associada à utilização de cateter central);
- Avaliar diariamente a necessidade da permanência do CVC (paciente sem condição de acesso venoso periférico, paciente que esteja recebendo drogas vasoativas ou outras drogas de infusão contínua, NPP ou soluções hiperosmolares, pacientes críticos com instabilidade hemodinâmica e pacientes que necessitem de monitorização hemodinâmica invasiva);
- Realizar a troca dos sistemas de infusão no tempo correto, conforme orientação do pop de troca de dispositivos;
- Na presença de sinais flogísticos na inserção (dor, hiperemia, calor) ou secreção purulenta, sem febre ou outros sintomas sistêmicos, sacar o cateter, solicitar cultura de ponta de cateter, e considerar repassar o cateter em outro sítio;
- No caso de paciente com febre sem foco, sem sinais flogísticos na inserção do cateter, deve ser coletada hemocultura do cateter e hemocultura periférica pareadas, além de se considerar a retirada do CVC assim que possível;
- Na ocorrência de mau funcionamento, por qualquer motivo, sacar o cateter e repassá-lo no mesmo sitio ou em outro.

5.5 Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é a segunda infecção hospitalar mais comum, responsável por aumentar significativamente o tempo de ventilação mecânica, a duração da internação, a mortalidade e os custos hospitalares. Por isso, o SCIH recomenda a adoção de medidas para reduzir a incidência dessas infecções.

- Evitar a intubação orotraqueal sempre que possível, utilizando técnicas de ventilação não invasiva;
- Utilizar cânulas orotraqueais (COT) com cuff sempre que possível e mantê-lo insuflado;
- Utilizar circuitos de ventilação mecânica (VM) higienizados para cada paciente e só trocá- los em caso de sujidade ou mau funcionamento;
- Utilizar somente água estéril no umidificador ativo do ventilador;
- Utilizar somente água estéril nos inaladores e nebulizadores;
- Higienizar as mãos de forma correta antes e após a manipulação do circuito de ventilação mecânica;
- Sempre que houver contato com secreções do paciente, utilizar luvas e avental, que deverão ser desprezados após;
- Drenar condensados do circuito de VM periodicamente evitando que refluam para o paciente;
- Sempre drenar condensador do circuito de VM antes de reposicionar o paciente;
- Utilizar sistemas de aspiração fechados ou abertos;
- Dar preferência a sistemas de aspiração fechados no caso de pacientes com doenças infecciosas pulmonares contagiosas, como tuberculose ou influenza;
- Trocar o sistema de aspiração fechado a cada 72 horas;
- Utilizar sondas de aspiração novas a cada procedimento para sistema de aspiração aberto;
- No caso de utilização de umidificador passivo, trocar o mesmo a cada 7 dias ou antes, se com sujidades visíveis ou mau funcionamento;
- Umidificadores aquecidos só devem ser trocados em caso de sujidades visíveis ou

mau funcionamento;

- Realizar aspiração de vias aéreas de forma intermitente de acordo com a necessidade;
- Sempre realizar aspiração de vias aéreas antes da extubação;
- Manter o paciente em decúbito elevado entre 30 e 45º;
- Checar periodicamente o posicionamento da sonda de alimentação, que pode ser gástrica ou enteral;
- Utilizar preferencialmente sonda de alimentação enteral em pacientes queimados, com hipertensão intracraniana e que necessitem de posição prona;
- Realizar higiene oral diária com clorexidine 0,12%.

5.6 Prevenção de Infecção Relacionada a Sondagem Vesical de Demora

As infecções do trato urinário (ITU) correspondem a 35 a 45% de todas as infecções relacionadas à assistência à saúde. A presença da sonda vesical de demora (SVD) e o principal fator de risco para ocorrência de ITU relacionada à assistência à saúde. A prevenção deste tipo de infecção foca principalmente na indicação correta, tempo de permanência estritamente necessário e técnicas corretas de inserção e manuseio da SVD.

- Indicar a sondagem vesical de demora somente quando necessário: em pacientes com retenção urinária ou obstrução ao fluxo urinário, na necessidade de controle de diurese em paciente crítico, para facilitar cura de escaras sacrais e lesões perineais em pacientes incontinentes, em pacientes com imobilização prolongada (instabilidade torácica ou lesão medular), para promover conforto em pacientes terminais, em cirurgias do trato genito- urinário, em cirurgias prolongadas ou com necessidade de grande aporte de volume ou diurético no intraoperatório;
- Considerar outros métodos, como sondagem vesical intermitente ou sondagem supra púbica, sempre que possível;
- Retirar todos os adornos (anéis, alianças, relógios) antes da realização da técnica;
- Realizar higienização das mãos conforme preconizado pela OMS;
- A realização do procedimento deve ser realizada por profissional enfermeiro treinado e respeitando a técnica asséptica;
- Utilizar sonda de menor calibre com o objetivo de evitar trauma na uretra;
- Utilizar sistema fechado de coleta;
- Montar o sistema antes de sua inserção, garantindo a sua esterilidade;
- Realizar fixação adequada evitando a ocorrência de tração ou movimentação da sonda;
- Manter o sistema coletor fechado, abaixo do nível da bexiga, sem encostá-lo no chão;
- Esvaziar periodicamente o coletor, evitando contato do tubo coletor com recipiente de drenagem;
- Realizar a desinfecção dos conectores do sistema com álcool a 70%, antes de seu

manuseio;

- Evitar irrigação da bexiga sempre que possível;
- Não há indicação de troca rotineira de SVD, a troca da sonda é recomendada exclusivamente nas seguintes situações:
- Sondagem de urgência: troca em até 24h;
- Obstrução da luz ou mau funcionamento do cateter;
- Contaminação por técnica inapropriada na instalação e/ou manuseio,
- Desconexão acidental do cateter com o tubo coletor;
- ITU confirmada laboratorialmente ou presença de urina purulenta;
- Não é recomendada coleta de urocultura rotineira, a coleta de urocultura está recomendada nas seguintes situações:
- Suspeita de infecção do trato urinário;
- Ocorrência de febre de origem indeterminada;
- Sepse de provável foco urinário;
- Minimizar o uso de sonda vesical de demora, retirando-a assim que possível.

5.7 Limpeza do Ambiente

Os microrganismos, multirresistentes ou não, podem contaminar as superfícies e equipamentos (mesas de cabeceira, bombas de infusão, grades das camas, estetoscópio e outros) mais frequentemente manuseados pelos profissionais e pacientes. Os processos de limpeza e desinfecção previnem a disseminação e a transferência de microrganismos nos ambientes dos serviços de saúde, contribuindo para a segurança dos pacientes e dos profissionais que atuam nesses serviços.

5.8 Limpeza Concorrente:

A limpeza concorrente é um processo de limpeza diário que visa manter a higiene contínua de ambientes de assistência à saúde, como hospitais, para reduzir os riscos de infecções para os pacientes. Este tipo de limpeza é menos abrangente do que a limpeza terminal, que é realizada após a saída do paciente. A limpeza concorrente é realizada enquanto o paciente está no leito ou nas dependências da instituição de saúde, nas áreas que são ocupadas por pacientes com doenças de baixa transmissão ou enfermidades não infecciosas.

A limpeza concorrente inclui:

- Abastecimento e reposição de materiais de consumo diário, como sabonete líquido, papel higiênico e papel toalha interfolhado;
- Coleta de resíduos de acordo com a sua classificação;
- Higienização molhada dos banheiros;
- Limpeza de pisos, superfícies horizontais e equipamentos mobiliários;
- Limpeza de diferentes dependências, como unidade do paciente, piso de quartos e enfermarias, corredores, saguões, instalações sanitárias e áreas administrativas;
- Limpeza de mobiliário com desinfetante hospitalar;
- Limpeza de portas, visores e maçanetas com solução desinfetante;
- Limpeza de lixeiras com solução desinfetante;

5.9 Limpeza Terminal:

A limpeza terminal é um procedimento de limpeza abrangente e detalhado realizado em instituições de saúde com o objetivo de reduzir a sujeira e os microrganismos, minimizando assim as chances de contaminação e transmissão de doenças. A limpeza terminal é aplicada

após transferência, alta, internação, atendimento a paciente com suspeita de doença transmissível ou óbito do paciente, incluindo sala de emergência.

A limpeza terminal inclui todas as superfícies e móveis, tanto horizontais como verticais, das áreas críticas, semicríticas, não críticas, infraestrutura e área comum. Entre as tarefas da limpeza terminal, estão:

- Limpar e desinfetar mesas e suportes;
- Higienizar colchões;
- Limpar a cama;
- Realizar a limpeza de cadeiras e outros móveis do local;
- Higienizar pisos, paredes, vidros e demais superfícies;
- Recolher roupas de cama e higienizar os impermeáveis.

Para ser mais rigorosa, a limpeza terminal utiliza produtos químicos mais concentrados e com alto poder de desinfecção, características restritas aos itens de uso profissional.

Também é importante seguir alguns princípios como:

- Limpar do mais limpo para o mais sujo;
- Realizar a higienização da esquerda para a direita;
- Limpar sempre de cima para baixo;
- Higienizar do mais distante para o mais próximo.

Recomendação do Uso de Soluções Degermante e Esterilizantes

Tabela 01: Soluções para desinfecção o e esterilização de materiais, equipamentos e superfícies.

Agente	Indicação	Modo de usar
Álcool 70%	Desinfecção de superfícies e antissepsia da pele. Não é recomendado para esterilização.	Friccionar por 30 segundos, deixar secar e repetir três vezes.
Desinfetante a base de quartenario de amonia	Limpeza e desinfecção de superfícies em único procedimento.	Borrifar em tecido e aplica-lo sobre a superfície.

Tabela 02: Soluções para antissepsia.

Solução	Indicação
Clorexidina degermante 4%	• Antissepsia das mãos do profissional da saúde antes de procedimentos cirúrgicos ou de risco; • Degermação de campo operatório.
Clorexidina alcoólica 0,5%	• Antissepsia e demarcação do campo operatório; • Antissepsia para inserção e curativo de cateteres vasculares.
Clorexidina solução aquosa 0,2%	• Antissepsia para passagem de sonda vesical de demora

5.8 Troca de Dispositivos

Dispositivo	Frequência de troca	Observação
Cateter venoso periférico.	A cada 96 horas.	Trocar caso apresente sinais de inflamação no local da punção.
		Trocar curativo de micropore a cada 24 horas. **Trocar curativo de película transparente a cada 72 horas.**
Equipos de infusão contínua	72 horas.	Trocar antes em caso de refluxo sanguíneo, desconexão ou sinais de infecção local
Equipos de infusão intermitente	24 horas.	Trocar antes em caso de refluxo sanguíneo, desconexão ou sinais de infecção local
Equipos de PVC	72 horas.	Trocar antes em caso de refluxo sanguíneo, desconexão ou sinais de infecção local.
Torneirinhas, polifix e extensores de equipos.	72 horas.	Trocar antes em caso de refluxo sanguíneo, desconexão ou sinais de infecção local.
Buretas	24 horas.	Trocar antes em caso de desconexão ou sinais de infecção local.

Tabela 03: Dispositivos para assistência circulatória.

Tabela 04: Dispositivos diversos.

Dispositivo	Frequência de troca	Observação
Equipo de nutrição enteral	24 horas.	-
Sonda Enteral	Sem troca programada.	Trocar em caso de ruptura, obstrução irreversível, deterioração.

5.9 Precauções de Isolamento

Precaução Padrão:

É o conjunto de medidas que devem ser aplicadas a todos os pacientes.

- Sinalizado com placa específica (anexo 02) na porta do quarto e próximo à identificação do paciente;
- Efetuar higienização das mãos conforme POP específico nos 5 momentos (Anexo 01) preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Uso de máscara cirúrgica em todos os ambientes dentro do hospital;
- Utilização de EPI's adequados para os procedimentos realizados;
- Luvas de procedimento sempre que houver risco de contato com sangue ou qualquer outro fluido corporal, incluindo pele não íntegra e mucosas;
- Avental descartável: sempre que houver risco de respingos de fluidos ou secreções, sempre que houver risco de respingo de fluidos ou secreções;
- Óculos: sempre que houver risco de respingo de fluidos ou secreções;
- Descarte adequado de perfurocortantes;
- Descarte adequado de resíduos.

Precaução de Contato:

É o conjunto de medidas adicionais às medidas de precaução padrão que deve sempre ser utilizada no caso de pacientes com infecção ou colonização que possa ser transmitida pelo contato direto (pele-a-pele) ou indireto (através de itens como termômetro, estetoscópio etc.).

- Sinalizado com placa específica (Anexo 03) na porta do quarto e próximo à identificação do paciente;
- Acomodar o paciente preferencialmente em quarto privativo ou realizar coorte de pacientes com o mesmo agente e perfis de sensibilidade semelhantes;
- Utilizar luvas de procedimento e avental descartável sempre que houver contato

com o

paciente ou superfícies do seu entorno potencialmente contaminadas;

- O avental é de uso exclusivo para atendimento de cada paciente: NÃO usar o mesmo avental já utilizado na assistência a um paciente para assistir a outro paciente; NÃO circular por outras áreas da unidade ou permanecer com ele fora da área de assistência do paciente; NÃO usar o mesmo avental mais de uma vez, independentemente se for para o mesmo paciente;
- Sempre comunicar o setor de destino do paciente sobre a necessidade de precaução de contato (seja no caso de transferência ou encaminhamento para realização de exames internos ou externos);
- No transporte do paciente, utilizar luvas somente durante a manipulação do paciente (recomenda-se manter um par de luvas no bolso para eventual necessidade);
- Sempre higienizar as mãos ao retirar as luvas.

Precaução de Gotículas:

É o conjunto de medidas adicionais que deve ser utilizado ao prestar assistência a pacientes portadores de infecções que possam ser transmitidas por meio de gotículas:

- Sinalizado com placa específica (Anexo 06) na porta do quarto e próximo à identificação do paciente;
- Acomodar o paciente preferencialmente em quarto privativo. Quando houver pacientes

infectados com Covid-19, todos podem ser acomodados no mesmo quarto;

- Sempre utilizar máscara cirúrgica ao entrar no quarto (manter uso de máscara cirúrgica durante todo o tempo de permanência no hospital);
- Limitar o transporte do paciente;
- Sempre que for necessário transportar o paciente, ele deve utilizar máscara cirúrgica durante todo o trajeto até o seu leito/quarto definitivo;
- Limitar o acesso do paciente a outros setores do hospital;
- Sempre comunicar o setor de destino do paciente sobre a necessidade de

precauções de gotículas, seja no caso de transferência ou encaminhamento para exames interna ou externamente;

- Restringir o número de visitantes – e orientá-los sobre a necessidade de manter uso de máscara cirúrgica durante todo o período da visita.

Precaução de Aerossóis:

É o conjunto de medidas adicionais que deve ser aplicado na assistência a todo paciente portador de infecção que possa ser transmitida por via aérea, pela formação de aerossóis.

- Sinalizado com placa específica (Anexo 05) na porta do quarto e próximo à identificação do paciente;
- Sempre acomodar o paciente em quarto privativo;
- Sempre manter a porta do quarto fechada;
- Sempre utilizar máscara N95 ao entrar no quarto do paciente (colocar antes de entrar no quarto e retirar após sair do quarto);
- Limitar o transporte do paciente;
- Durante o transporte, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica por todo o trajeto até retornar ao seu quarto;
- Sempre comunicar o setor de destino sobre a necessidade de precaução para aerossóis, seja no caso de transferência ou encaminhamento para exames interna ou externamente
- Restringir o número de visitantes – e orientá-los sobre a necessidade de manter o uso de máscara N95 durante todo o tempo da visita.

Precaução de Isolamento (Doença X Tempo de Isolamento)

Doença	Isolamento	Período
Adenovirose em lactentes e crianças menores	Gotícula + Contato	Durante a doença
Caxumba	Gotícula + Contato	Período de 09 dias após o início da doença
Diarreia por C. difficile suspeito ou confirmado	Contato	Durante a doença
Diarreia (**Precauções de contato para crianças < de 6 anos que sejam incontinentes e utilizando fraldas)**	Contato	Durante a doença
Conjuntivite Viral Aguda	Contato	Durante a doença
Covid-19	Contato + Aerossol	Período de 7 dias após o início da doença
Coqueluche	Gotícula	Período de 5 dias após início de terapia eficaz
Difteria cutânea	Contato	Até que 2 culturas colhidas com intervalo de 24h sejam negativas
Difteria faríngea	Gotícula	Até que 2 culturas colhidas com intervalo de 24h sejam negativas
Faringite estreptocócica em lactente e pré-escolar (Streptococcus Grupo A)	Gotícula	24h após instituição de terapêutica específica

Escarlatina em lactente e pré-escolar (Streptococcus Grupo A)	Gotícula	24h após instituição de terapêutica específica
Pneumonia estreptocócica em lactente e pré-escolar(Streptococcus Grupo A)	Gotícula	24h após instituição de terapêutica específica
Abscesso com secreção não contida	Contato	Durante a doença
Enterovirose (Coxackie e Echovirus) lactente e pré escolar	Contato	Durante a doença
Epiglotite (Haemophilus influenzae)	Gotícula	24h após instituição de terapêutica específica
Escabiose	Contato	24h após instituição de terapêutica específica
Febres hemorrágicas (suspeita de Lassa, Ebola)	Contato	Durante a doença
Herpes simples neonatal	Contato	Durante a doença
Herpes simples muco cutânea disseminada ou grave	Contato	Durante a doença
Herpes zoster disseminado ou em imunodeprimido	Aerossol + Contato	Até todas as lesões tornarem-se crostas
Influenza >13 anos	Gotícula	7 dias desde que esteja há pelo menos 24 horas sem febre
Influenza <12 anos	Gotícula	14 dias desde que esteja há pelo menos 24 horas sem febre

Meningite por Haemophilus influenzae e Neisseria meningitidis (suspeita ou confirmada)	Gotícula	24horas após terapia efetiva
Meningococcemia	Gotícula	24horas após terapia efetiva
Pediculose	Contato	24horas após terapia efetiva
Pneumonia por adenovírus	Gotícula + Contato	Durante a doença
Pneumonia por mycoplasma	Contato	Durante a doença
Raiva	Contato	Durante a doença
Rubéola	Gotícula	Até 7 dias após o início das erupções
Sarampo (Comunicantes suscetíveis: 5 dias a partir da primeira exposição, até 21 dias depois da última exposição, independente de terem recebido a vacina.)	Aerossol	Até 4 dias após o aparecimento do exantema (imunocompetente) Durante a duração da doença (imunocomprometido)
Tuberculose pulmonar ou laríngea	Aerossol	Durante a internação (individualizar retirada do isolamento)
Tuberculose extrapulmonar com lesão drenando	Aerossol + Contato	Durante a internação

Varicela **(Colocar pessoas suscetíveis em precaução aerossol e afastar do trabalho: 8 dias a partir da primeira exposição, até 21 dias depois da última exposição ou 28 dias se VZIG foi administra).**	Aerossol + Contato	Até as vesículas virarem crostas Durante toda a internação em imunossuprimido
Vírus Sincicial Respiratório (VSR)	Contato	Durante a doença
Vírus Para influenza	Contato	Durante a doença

Fonte: Anvis

5.10 Prazos e Validade dos Artigos Processados no CME

Procedimento:

- Antes de efetuar a abertura do material, verificar: embalagem (rasgos, perfurações, fissuras, sujidade) presença de manchas ou umidade no pacote;
- Levar em consideração a integridade das embalagens dos materiais;
- Considerados contaminados todos os pacotes sujos, amassados, úmidos, muito folgados ou muito apertados, mesmo que apenas uma das embalagens, no caso do papel grau cirúrgico;

Tipo de Processo e Prazo de Validade:

Processo	Prazo de Validade
Esterilização ETO (oxido de etileno)	02 anos.
Desinfecção de alto nível	30 dias

Armazenamento:

- Em cestos ou prateleiras, de maneira organizada e em espaço adequado;
- O material das prateleiras deve ser lavável;
- Limpeza rotineira da área de armazenamento

Limpeza Concorrente e Terminal

Limpeza Concorrente:

Nesse procedimento estão incluídas a limpeza de todas as superfícies horizontais, de mobiliários e equipamentos, portas e maçanetas, devendo ser higienizado os leitos, criado-mudo, painel de gases, suporte de soro, carrinho de medicação, mesa auxiliar, mesa de refeição e outros mobiliários que podem ser utilizados durante a assistência prestada.

Limpeza Terminal:

Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais. Nesse procedimento ocorre a limpeza dos refrigeradores, armários, gavetas, bins de armazenamento, maletas de psicotrópicos, monitores multiparametros, carro de anestesia, carro de emergência, armários administrativos, colmeias organizadoras, desfibrilador, bandejas, laringoscópios e outros equipamento e mobiliários que são utilizados durante a assistência prestada.

Procedimento:

- Reunir todo material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Colocar os EPI's;
- Retirar o equipamento da tomada;
- Fazer a descontaminação de matéria orgânica extravasada nos equipamentos antes de iniciar a limpeza mecânica caso tenha;
- Borrifar a solução desinfetante a base sobre o pano descartável;
- Fazer limpeza com um pano descartável umedecido em solução desinfetante sobre os equipamentos em sentido único, partindo do mais limpo para o mais sujo.
- Deixar secar o produto, **NÃO ENXAGUAR**;

- Recolocar objetos em seus respectivos locais;
- Identificar conforme anexo a data da limpeza;
- Recolher os materiais e equipamentos;
- Retirar os EPI's;
- Higienizar a mãos.

Frequência de limpeza;

Limpeza	Frequência
Concorrente – Áreas críticas.	2x por dia ou SN.
Concorrente – Áreas não - críticas.	1x por dia ou SN.
Concorrente – Áreas semi críticas.	1x por dia ou SN.
Concorrente – Áreas comuns.	1x por dia ou SN.
Terminal – Todas as áreas.	1x mês

5.11 Higienização das Mãos

Procedimento:

- Remover Adornos;
- Retire pulseiras, relógios, anéis ou qualquer acessório que possa dificultar a higienização completa;
- Abrir a Torneira;
- Ajuste o fluxo de água para um volume moderado, evitando respingos;
- Molhar as Mãos;
- Posicione as mãos abaixo dos cotovelos para evitar que a água escorra para áreas já limpas e molhe-as cuidadosamente;
- Aplicar Sabonete Líquido;
- Deposite uma quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Friccionar as Palmas;
- Esfregue vigorosamente as palmas das mãos uma contra a outra para criar espuma e iniciar a remoção de microrganismos.
- Esfregar Palma e Dorso;
- Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e depois troque as mãos, repetindo o movimento;
- Friccionar os Espaços Interdigitais;
- Entrelaçar os dedos de ambas as mãos e esfregar cuidadosamente os espaços entre eles, garantindo a limpeza dessas áreas de difícil acesso.

- Esfregar o Dorso dos Dedos;
- Posicione o dorso dos dedos de uma mão contra a palma da mão oposta, segurando-os com firmeza, e realize movimentos de vai-e-vem. Repita o processo com a outra mão;
- Limpar os Polegares;
- Segure o polegar esquerdo com a palma da mão direita e realize movimentos circulares. Repita o procedimento com o polegar direito;
- Friccionar Polpas Digitais e Unhas;
- Esfregue as pontas dos dedos e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda em movimentos circulares. Repita o mesmo com a outra mão;
- Enxaguar as Mãos;
- Deixe a água correr no sentido das pontas dos dedos para o punho, removendo completamente o sabonete e os resíduos;
- Secar as Mãos;
- Use papel toalha descartável para secar as mãos, começando pela palma, depois o dorso e, por último, o punho;
- Caso a torneira seja manual, utilize o papel toalha para fechá-la, evitando o contato direto com as mãos limpas;
- Descartar o Papel Toalha;
- Deposite o papel toalha usado na lixeira destinada a resíduos comuns, preferencialmente com acionamento por pedal.
- Recomenda-se a prática de higienização das mãos para todos os profissionais da instituição, visitantes e acompanhantes da seguinte forma:
- Com produto alcoólico quando as mãos estiverem visivelmente limpas;
- Com água e sabão quando houver presença de sujidade visível;
- Especificamente para os profissionais de saúde, recomenda-se que a higienização das mãos seja realizada de acordo com a estratégia instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS) dos 5 momentos para a higienização das mãos: antes e após o contato com o paciente, antes de realizar procedimentos assépticos, após contato com fluidos e

secreções do paciente e após contato com as áreas e superfícies próximas ao paciente. A higienização das mãos deve ser realizada independentemente do uso de luvas.

5.12 Envio de Materiais para Processamento Externo

Procedimento:

- Após relacionar os itens, acondicionar os materiais protegidos e separados em saco plástico;
- Fixar o memorando de coleta na caixa respectiva que os materiais listados foram acondicionados;
- Realizar a limpeza dos materiais manualmente;
- Secar todos os materiais;
- Identificar o pacote com etiqueta;
- Arrumar todos os materiais na caixa;
- Lacrar a caixa;
- Acondicionar as caixas em locais apropriados. NÃO deixa-las diretamente no chão, atentar para coloca-las sobre estrados ou palites;
- Entregar para o responsável da coleta;
- Colher a assinatura do responsável pela coleta;
- Arquivar o memorando em pasta própria;
- Quando o material retornar da unidade processadora externa, proceder com a conferência dos materiais;
- Receber na área limpa da CME;
- Abrir as caixas rígidas de transporte e inspecionar os materiais observando os seguintes critérios:
- Integridade da embalagem;
- Identificação completa e correta;

- Indicador externo (fita zebrada) reagido;
- Embalagem seca e sem sujidade;
- Conferir com o memorado de coleta se todos os materiais enviados retornaram;
- Caso tenha algum material que não tenha retornado, comunicar a enfermeira, que fará o contato com a unidade de processamento externo da empresa;

- Registrar no protocolo de recebimento de material enviado externamente;
- Armazenar o material no estoque;
- Realizar a distribuição para os setores.

Recebimento e Limpeza dos Ventilatórios

Desinfecção: É um processo de eliminação de microrganismo presentes em superfícies e produtos para saúde, porém com menor poder letal que a esterilização.

Método de Desinfecção: pode ser físico, por ação térmica ou química, através do uso de desinfetantes químicos.

5.13 Classificação da Desinfecção:

Alto nível: processo físico ou químico que destrói a maioria dos microrganismos de artigos semicríticos, inclusive micobactérias e fungos, exceto um número elevado de esporos bacterianos.

Nível intermediário: processo físico ou químico que destrói microrganismos patogênicos na forma vegetativa, micobactérias, a maioria dos vírus e dos fungos, de objetos inanimados e superfícies.

Baixo nível: processo de desinfecção que elimina apenas bactérias vegetativas, vírus lipídicos e alguns fungos; mas não elimina esporos.

Procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Colocar o EPI (óculos de proteção, avental impermeável de manga longa, luva cano longo e mascara);
- Receber os materiais de assistência ventilatória sala de emergência;
- Conferir e anotar no impresso de recebimento;
- Conferir a integridade dos artigos, caso estejam danificados anotar no impresso de não conformidade ou devolver ao cliente;
- Desconectar os artigos cuidadosamente válvulas, diafragmas, copos reservatórios, máscaras, bolsas, conexões, membranas, balões de ventilação, traqueias, chicotes para facilitar a limpeza, tirar excesso de sujidade em água corrente;
- Imergir todos os artigos por 05 minutos em solução de detergente enzimático;
- Proceder o enxágue com água.
- Deixar secar;
- Após estar completamente seco, colocar em saco transparente.

Bundle de Inserção

Sonda Vesical de Demora:

- Pacientes com retenção ou obstrução ao fluxo urinário;
- Necessidade de controle de diurese em pacientes críticos;
- Para conforto em pacientes terminais.

Procedimento:

- Atividade PRIVATIVA do enfermeiro.
- Dar preferência a outros métodos sempre que possível, como a sondagem intermitente e a sondagem supra púbica;
- Utilizar a sonda de menor calibre para evitar possíveis traumas;
- Inserção da SVD por profissional treinado, utilizando técnica estéril:
- Retirar adornos;
- Higienização das mãos conforme recomenda a OMS – vide POP de higienização das mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Higienização da região perineal do paciente com água e sabão;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos novamente;
- Abrir campo estéril sobre o paciente;
- Calçar luvas estéreis;
- Conectar o coletor à SVD e testar o balonete;
- Realizar antissepsia da região perineal com clorexidine aquoso, iniciando no meato uretral;
- Aplicar gel lubrificante estéril e de uso único;
- Inserir a SVD no meato uretral até a saída de urina;
- Insuflar o balonete e tracionar a SVD até obter resistência;
- Fixar a SVD de modo a não permitir trauma/não tracionar;
- Manter o coletor abaixo do nível da bexiga, sem encostar no chão;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;

5.14 Medidas Preventivas na Manutenção da SVD:

- Atividade da equipe de enfermagem;
- Manter o sistema fechado, com o coletor abaixo da bexiga, sem encostar no chão;
- Esvaziar a bolsa rotineiramente, utilizando coletor individual e evitando contato direto com o tubo de drenagem;
- Utilizar precaução padrão sempre que houver manipulação do sistema;
- Trocar o sistema sempre que houver desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento;
- Não é necessário fechar o sistema antes de sua remoção;
- Evitar irrigação da bexiga sempre que possível;
- Não há indicação de utilização de antibioticoterapia profilática de rotina;
- Não é necessário realizar antissepsia do meato uretral de rotina: a higiene habitual é suficiente;
- Reavaliar diariamente a necessidade de manter a SVD;
- Retirar a SVD assim que possível.

Coleta de Urina:

- Pela aspiração com agulha estéril após desinfecção do conector do dispositivo de coleta;
- Utilizando coletor individual sem contato com o tubo de drenagem;

Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica:

A pneumonia é a segunda infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) mais frequente, responsáveis por maior tempo de internação, maiores taxas de morbidade e mortalidade, bem como elevados custos hospitalares. Seu principal fator de risco é a utilização de ventilação mecânica (VM).

Realização:

- Optar por ventilação não invasiva sempre que possível;
- Preferir intubação orotraqueal à nasotraqueal;
- Utilizar cânulas orotraqueais com cuff sempre que possível, com objetivo de evitar microaspirações.

Antes da Manipulação do Circuito:

- Retirar todos os adornos;
- Higienizar as mãos com a técnica correta – vide POP de higienização das mãos;
- Utilizar EPIs recomendados para cada paciente, respeitando as precauções indicadas para cada caso (padrão, contato, gotículas ou aerossóis) – vide protocolo de precauções e isolamentos;
- Sempre utilizar avental e luvas quando houver a possibilidade de contato com secreções do paciente;
- Sempre descartar o avental e as luvas após o uso e higienizar as mãos conforme POP de higienização das mãos;
- Sempre higienizar as mãos com a técnica correta – vide POP de higienização das mãos - após o contato com o circuito de ventilação do paciente;
- Não reutilizar circuitos de ventilação mecânica sem o mesmo ter passado por processo de esterilização previamente;
- Sempre utilizar circuitos de ventilação mecânica esterilizados para cada paciente;
- O circuito de ventilação mecânica deve ser trocado somente quando apresentar sujidades ou problemas de funcionamento;
- Utilizar somente água estéril em umidificadores, inaladores e nebulizadores.

5.15 Quanto a Utilização de Umidificadores:

- Umidificadores ativos:
- Utilizar somente copos previamente esterilizados;
- Utilizar somente água estéril no copo do umidificador;

- O copo do umidificador deverá ser trocado somente em caso de sujidade ou problemas de funcionamento;
- Umidificadores passivos:
- Umidificadores passivos devem ser trocados a cada 72 horas;
- Realizar a troca de nebulizadores e inaladores a cada 24 horas;
- Dar preferência à utilização de sistemas de aspiração fechados para pacientes que tenham doenças que podem ser transmitidas via gotículas ou aerossóis, como influenza ou tuberculose;
- Não há evidência que suporte a indicação de sistemas de aspiração fechados ou abertos com o objetivo de reduzir a ocorrência da PAVM;

5.16 Utilização de Sistema de Aspiração Aberto:

- Paciente apresentar estado grave, o procedimento de aspiração e a coleta de secreção traqueal para cultura, deve ser realizado pelo Enfermeiro;
- Equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas, especificamente em pacientes graves com intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência;
- Utilizar sempre sondas de aspiração novas a cada uso;
- Sempre utilizar luvas estéreis ao realizar o procedimento;
- Após aspiração, realizar enxágue da extensão do aspirador e guardá-la em saco plástico ao lado do leito do paciente;
- No caso de utilização de sistemas de aspiração fechados, deve ser realizada troca dos mesmos a cada 72 horas;
- Drenar condensados do circuito de ventilação periodicamente, tomando cuidado para que a secreção não reflua para o paciente;
- Sempre drenar condensados do circuito de ventilação antes de reposicionar o paciente;
- Realizar aspiração de vias aéreas superiores periodicamente, com objetivo de evitar acúmulo de secreção acima do cuff da cânula orotraqueal;

- Sempre realizar aspiração de vias aéreas superiores antes de proceder à extubação do paciente;
- Minimizar o tempo de intubação ao máximo possível;
- Realizar avaliação diária da sedação do paciente, com redução sempre que possível;
- Avaliar a possibilidade de pausa na sedação para despertar diário, quando este procedimento não tiver grande risco de extubação acidental ou outros eventos adversos para o paciente;
- Manter o paciente em decúbito elevado (entre 30 e 45 graus);
- Checar periodicamente o posicionamento da sonda de alimentação:
- Não há evidências suficientes para recomendar a utilização de sonda gástrica ou enteral com o objetivo de reduzir a ocorrência de PAVM, exceto no caso de pacientes que

  necessitem de posição prona – nestes casos, a recomendação é que a sonda de alimentação esteja em posição pós-pilórica;
- Não há evidências suficientes para recomendar a utilização de dieta contínua ou intermitente com o objetivo de reduzir a ocorrência de PAVM;
- Não há indicação de antibioticoterapia profilática rotineira;
- Antimicrobianos devem ser introduzidos somente para pacientes com diagnóstico de quadros infecciosos.

5.17 Cateter Venoso Central:

Indicação:

- Pacientes críticos com instabilidade hemodinâmica;
- Utilização de drogas de infusão contínua, como drogas vasoativas;
- Utilização de nutrição parenteral ou soluções hiperosmolares;
- Pacientes sem condição de acesso venoso periférico que necessitem de administração de medicações endovenosas.

Realização:

- Realizar a higienização das mãos conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – vide POP de higienização das mãos;
- Utilizar precaução de barreira máxima, que inclui: gorro, máscara cirúrgica, avental estéril, luvas estéreis, campo estéril fenestrado que cubra a maior parte do paciente;
- Realizar a antissepsia da pele com clorexidina degermante a 2%;
- Após a antissepsia, realizar antissepsia com clorexidina alcoólica a 0,5% e aguardar a sua secagem antes de iniciar o procedimento;
- Se houver contaminação das luvas estéreis durante a antissepsia, retirar as luvas contaminadas e calçar novas luvas estéreis antes da realização do procedimento;
- Após inserção do cateter, realizar curativo inicial com gaze estéril;
- O curativo com gaze poderá ser substituído pelo curativo estéril transparente após 24 horas do procedimento desde que não haja sangramento ativo;
- Realizar a higienização das mãos conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – vide POP de higienização das mãos;
- A troca de curativo de um cateter vascular central deve ser realizada pelo enfermeiro;
- O curativo inicial com gaze poderá ser trocado após 24 horas, desde que não haja sangramento ativo;
- O curativo com película transparente estéril deve ser trocado a cada 7 dias ou antes, em caso de sujidade ou má aderência.
- Todo cateter vascular central, deverá ser avaliado diariamente, incluindo a avaliação de sinais de infecção, como hiperemia ou saída de secreção pelo sítio de inserção, e a avaliação da necessidade da sua manutenção.
- Na presença de sinais de infecção, o médico assistente deverá ser comunicado;
- Antes de qualquer manipulação do cateter, o profissional deverá retirar todos os adornos e higienizar as mãos adequadamente com água e sabão ou solução alcoólica a 70%;
- Antes de infundir qualquer solução ou medicação, deve-se realizar a desinfecção dos conectores dos cateteres com álcool a 70%;
- Proteger todo o CVC (desde seu sítio de inserção até suas conexões) durante o banho, de forma que o mesmo não seja molhado;

5.18 Troca de Curativo:

- ZERO adornos (NR32);
- Higienizar as mãos;
- Sempre utilizar máscara cirúrgica e luvas estéreis;
- Realizar antissepsia da pele com clorexidina alcoólica;
- Colocar o curativo estéril transparente
- Retirar luvas e máscara;
- Higienizar as mãos;
- Realizar a troca de sistemas de infusão no período correto (ou antes, em caso de suspeita de infecção, sujidade ou mal funcionamento).

Atenção:

- Sempre preferir o método de punção ao método de dissecção;
- Evitar sítios em que haja lesões de pele;
- Evitar sítios em que haja lesões de pele;
- Em crianças, não há sítio de inserção que leve a maior ou menor ocorrência de infecções, sendo assim, a seleção do sítio deve ficar a critério do profissional que irá realizar o procedimento;
- Em adultos, o sítio de inserção femoral está mais associado à ocorrência de infecções, desta forma deve ser evitado sempre que possível.
- Considerar retirar o CVC e enviar a sua ponta para cultura;
- Coletar hemocultura periférica e do cateter;
- Considerar fortemente a retirada do cateter e envio de sua ponta para cultura;
- No caso de troca de cateter, dar preferência a outro sítio de inserção;
- A ocorrência de qualquer não conformidade durante a inserção de um cateter vascular central deverá ser comunicada ao SCIH;

- O paciente e seus acompanhantes devem ser orientados a não manipular o cateter e, sempre que houver qualquer dúvida, a procurar a equipe de enfermagem.

6. Referências Normativas

- Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 update by the IDSA. Mermel LA, Allon M, Bouza E et al. Clin Infect Dis J. 2009:49
- Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections. O´Grady NP, Alexander M, Burns LA et al. Centers for Disease Control andPrevention (CDC), 2011.
- Orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea. Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 2010.
- Medidas de prevenção de infecção relacionada a assistência a saúde. Anvisa, 2017.
- Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica, 2013.
- Guidelines for preventing health-care associated pneumonia: recommendations of CDC and the healthcare infection control practices advisory committee 2003.
- Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator associated pneumonia: Prevention. J Crit Care, 2008; 23(1):126-37.
- Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. Ann Intern Med, 2004; 141(4):305-13.
- An Educational Intervention to Reduce Ventilator-Associated Pneumonia in an Integrated Health System. Chest, 2004; 125(6):2224-31.
- Ventilator-Associated Pneumonia in Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit Patients. Clin Microbiol Rev, 2007; 20(3):409-25.
- Ventilator-Associated Pneumonia in Pediatric Intensive Care Unit Patients: Risk Factors and Outcomes. Pediatrics, 2002; 109(5).
- Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas a Assistência a Saúde. Anvisa, 2017. Critérios diagnósticos de infecção relacionada a assistência a saúde. ANVISA, 2013.
- Urinary catheter guidelines. Hooton TM et al. Clin Infect Dis, 2010:50. Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, Gilbert DN et al, 2014.
- ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients. Tacconelli E et al. Clin Microbiol Infect 2014;20(Suppl.I):1-55
- Facility guidance for control of carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae* – November 2015 Uptdate – CRE Toolkit. CDC.
- Investigation and control of vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* (VRSA): 2015 Update. CDC.
- Surto de enterococo resistente à vancomicina em estabelecimento de assistência à saúde. Informe técnico N. 05/07. ANVISA.

- Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. JAMA Surgery.
- Global guidelines on the prevention of surgical site infection. World health Organization, 2016.

- Núcleo Municipal de Controle de Infecção Hospitalar de SP – COVISA. Precaução de Isolamento para as Doenças de Notificação Compulsórias e Outras, set/2011.
- Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014;
- Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar Relacionada à Assistência à Saúde. Precaução e Isolamento. 2ª edição revisada e ampliada, 2012.
- Ministério da Saúde. Quadro de Doenças.
- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2021.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de centro cirúrgico/ recuperação Anestésica e centro de material esterilizado (Sobecc). Práticas recomendadas – Sobecc Centro Cirúrgico, Recuperação pós anestésica e esterilização Nacional – SP. 5° edição 2009.
- Brasil- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC N° 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e de outras providências.
- Moriya, Giovana Abrahão de Araújo Moriya Prazo de validade de esterilização de materiais utilizados na assistência à saúde: um estudo experimental. -- São Paulo, 2012.
- Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (APECIH). Limpeza, desinfecção e esterilização de produtos para a saúde. São Paulo, 2021. 4ª ed.
- Brasil. Ministério da Saúde, Programa de controle de Infecção hospitalar. Processamento de Artigos e superfícies em estabelecimento de Saúde.
- Governo do Estado de São Paulo – CVE SP, Melhores Práticas para Higiene e Limpeza em Ambiente Hospitalar, 2019.
- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Brasília, 2012
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2007.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA/FIOCRUZ. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações Gerais para Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. 2018, 16p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2017, 168p.

- BRASIL. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Vol. 4. Brasília, 2013.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/higiene-das-maos Acesso: 06 dez 2024

- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Resolução - RE N° 2605, DE 11 DE AGOSTO DE 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO (SOBECC).
- **Práticas recomendadas**: centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. 5ªed. São Paulo: SOBECC; 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, 2012.
- Enfermagem em centro de material e esterilização. Organizadoras: Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis. Barueri, SP: Manole, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO (SOBECC).
- Práticas recomendadas: centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.
- Medidas de prevenção de infecção relacionada a assistência à saúde. Anvisa, 2017.
- Medidas de prevenção de infecção relacionada a assistência a saúde. Anvisa, 2017.Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica, 2013.
- Guidelines for preventing health-care associated pneumonia: recommendations of CDC and the healthcare infection control practices advisory committee, 2003.
- Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator associated pneumonia: Prevention. J Crit Care, 2008; 23(1):126-37.
- Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. Ann Intern Med, 2004; 141(4):305-13.
- An Educational Intervention to Reduce Ventilator-Associated Pneumonia in an Integrated Health System. Chest, 2004; 125(6):2224-31.
- Ventilator-Associated Pneumonia in Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit Patients. Clin Microbiol Rev, 2007; 20(3):409-25.Ventilator-Associated Pneumonia in Pediatric Intensive Care Unit Patients: Risk Factors and Outcomes. Pediatrics, 2002; 109(5)

- Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 update by the IDSA. Mermel LA, Allon M, Bouza E et al. Clin Infect Dis J. 2009:49
- Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections. O´Grady NP, Alexander M, Burns LA et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2011
- A passagem de sonda vesical de demora é competência privativa do enfermeiro, de acordo com a Resolução Cofen nº 450/2013 e o Parecer Cofen nº 063/2018
- PARECER COREN-SP Nº 021/2023 Ementa: Competência dos profissionais de enfermagem quanto ao procedimento de aspiração de secreção por cânula de traqueostomia.
- Resolução COFEN nº 0557/2017, quando o paciente apresentar estado grave, o procedimento de aspiração e a coleta de secreção traqueal para cultura, deve ser realizado pelo Enfermeiro, em consonância com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas. Esta resolução define as competências do enfermeiro e dos técnicos de enfermagem na aspiração, especificamente em pacientes graves com intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência e UTI

7. Anexos


ISOLAMENTO DE GOTICULAS
Higienizar as mãos
Avental
Luvas
Quarto privativo
INDICAÇÃO: TODAS AS MENINGITES, COQUELUCHE, DIFTERIA, CAXUMBA, INFLUENZA, RUBEOLA, SARAMPO.
USE LUVAS E AVENTAL DURANTE TODA A MANIPULAÇÃO DO PACIENTE E DE SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO LEITO.
RETIRE-OS E DESCARTE NO LIXO INFECTANTE IMEDIATAMENTE APÓS O USO, HIGIENIZAR AS MÃOS EM SEGUIDA.
QUANDO NÃO HOUVER DISPONIBILIDADE DE QUARTO PRIVATIVO, A DISTÂNCIA MÍNIMA ENTRE OS LEITOS AO LADO DEVE SER DE UM METRO.
EQUIPAMENTOS COMO TERMÔMETRO, ESFIGMOMANOMETRO E ESTETOSCÓPIO DEVEM SER DE USO EXCLUSIVO DO PACIENTE
27/04/2025 - SCIH
ANVISA - Agencia Nacional de Vigilancia Sanitária.

ISOLAMENTO DE AEROSSOIS



Higienizar as mãos

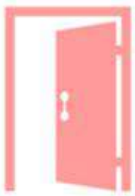


Avental





Luvas



Quarto privativo

INDICAÇÃO: M. tuberculosis, Vírus do Sarampo e Vírus Varicela-Zoster.

• Precaução padrão: higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, des- carte adequadamente os pérfuro-cortantes.

• O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

• Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara PFF2 (N95) antes de entrar no quarto.

• Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo.

• Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.

27/04/2025 - SCIH
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ISOLAMENTO PADRÃO


Higienizar as mãos


Avental Luvas


ÓCULOS E MÁSCARA


COLETOR PEROCORTANTE

INDICAÇÃO: Esta precaução é aplicada a todos os pacientes e deve ser seguida em situações que envolvem contato com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, pele não íntegra ou mucosas.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: LAVE COM ÁGUA E SABONETE OU FRICCIONE AS MÃOS COM ÁLCOOL A 70% (SE AS MÃOS NÃO ESTIVEREMVISIVELMENTE SUJAS) ANTES E APÓS O CONTATO COM QUALQUERPACIENTE, APÓS A REMOÇÃO DAS LUVAS E APÓS O CONTATO COM SANGUE OU SECREÇÕES.
USE LUVAS APENAS QUANDO HOUVER RISCO DE CONTATO COM SANGUE, SECREÇÕES OU MEMBRANAS MUCOSAS. CALCE-AS IMEDIATAMENTE ANTES DO CONTATO COM O PACIENTE E RETIRE-AS LOGO APÓS O USO, HIGIENIZANDO AS MÃOS EM SEGUIDA.
USE ÓCULOS, MÁSCARA E/OU AVENTAL
QUANDO HOUVER RISCO DE CONTATO DE SANGUE OU SECREÇÕES, PARA PROTEÇÃO DA MUCOSA DE OLHOS, BOCA, NARIZ, ROUPA E SUPERFÍCIES CORPORAIS.
DESCARTE, EM RECIPIENTES
APROPRIADOS, SERINGAS E AGULHAS, SEM DESCONECTÁ-LAS OU REENCAPÁ-LAS.

27/04/2025 - SCIH
ANVISA - Agencia Nacional de Vigilancia Sanitária.

ISOLAMENTO DE CONTATO

Higienizar as mãos


Avental

Luvas

INDICAÇÕES: VARICELA, VSR POSITIVO, PEDICULOSE, INFECÇÕES DE PELE E TECIDOS MOLES COM SECREÇÕES NÃO CONTIDAS NO CURATIVO, IMPETIGO, HERPES ZOSTER DISSEMINADO OU EM IMUNOSSUPRIMIDO.

USE LUVAS E AVENTAL DURANTE TODA MANIPULAÇÃO DO PACIENTE, DE CATETERES E SONDAS, DO CIRCUITO E DO EQUIPAMENTO VENTILATÓRIO E DE OUTRAS SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO LEITO. COLOQUE-OS IMEDIATAMENTE ANTES DO CONTATO COM O PACIENTE OU AS SUPERFÍCIES E RETIRE-OS LOGO APÓS O USO,HIGIENIZANDO AS MÃOS EM SEGUIDA.

 QUANDO NÃO HOUVER DISPONIBILIDADE DE QUARTO PRIVATIVO, A DISTÂNCIA MÍNIMA ENTRE DOIS LEITOS DEVE SER DE UM METRO.
EQUIPAMENTOS COMO TERMÔMETRO, ESFIGNOMANÔMETRO E ESTETOSCÓPIO DEVEM SER DE USO EXCLUSIVO DO PACIENTE.

27/04/2025 - SCIH
ANVISA - Agencia Nacional de Vigilancia Sanitária.


PRECAUÇÕES DE CONTATO
MULTIRRESISTENTES
Higienizar as mãos
Avental
Luvas
Quarto privativo
INDICAÇÕES : MICRORGANISMO MULTIRRESISTENTE. (KLEBSIELLA, ACINETOBACTER, SERRATIA).
 USE LUVAS E AVENTAL DURANTE TODA MANIPULAÇÃO DO PACIENTE,DE CATETERES E SONDA,DO CIRCUITO E DO EQUIPAMENTO VENTILATÓRIO E DE OUTRAS SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO LEITO .COLOQUE-OS IMEDIATAMENTE ANTES DO CONTATO COM O PACIENTE OU AS SUPERFÍCIES E RETIRE-OS LOGO APÓS O USO,HIGIENIZANDO AS MÃOS EM SEGUIDA.
 QUANDO NÃO HOUVER DISPONIBILIDADE DE QUARTO PRIVTIVO,A DISTÂNCIA MÍNIMA ENTRE DOIS LEITOS DEVE SER DE UM METRO .
 EQUIPAMENTOS COMO TERMÔMETRO,ESFIGNOMANÔMETRO E ESTETOSCÓPIO DEVEM SER DE USO EXCLUSIVO DO PACIENTE .
27/04/2025 - SCIH
ANVISA - Agencia Nacional de Vigilancia Sanitária.



Fonte: ANVISA, 2013

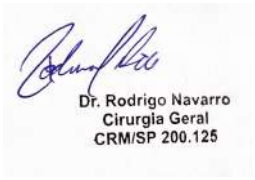


Fonte: ANVISA

8. Histórico de Revisão e Aprovação

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	MANUAL	Qualidade	
Título	PREVENÇÃO DE INFECÇÃO	Data de emissão: 30/04/2024	Data de revisão: 30/04/2027
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**



ANEXO 3

Modelo de Manual de Segurança do Paciente e Protocolo das Metas de Segurança do Paciente (a ser adequado de acordo com as necessidades da Instituição)

Sumário

1. Objetivo 1
2. Descrição 1
3. Meta 01- Identificar o paciente corretamente: 8
4. Meta 02- Melhorar a Comunicação Efetiva 10
5. Meta 03- Melhorar a segurança dos medicamentos 11
6. Meta 04- Assegurar Cirurgia Segura 13
7. Meta 05- Reduzir os riscos de infecção associados ao cuidado 15
8. Meta 06- Reduzir o Risco de Quedas 16
9. Referências Bibliográficas 24
10. Anexos 25
11. Histórico de Revisão e Aprovação 31

1. Objetivo

Implantar um manual que regulamenta as ações de segurança do paciente nos setores que integram a instituição, através do reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados aos processos assistenciais, de forma a estimular o fortalecimento de uma cultura institucional de segurança do paciente, identificar os riscos assistenciais, definir estratégias de prevenção e ter atuação focada nas boas práticas assistenciais.

1.1 Aplicação

Todas as unidades que integram a Instituição.

2. Descrição

a. Executantes

- Todos os profissionais da Instituição.

b. Definições

- Riscos: Evento ou condição incertos que, se ocorrer, causará um efeito negativo ou positivo.
- Circunstância notificável: Evento/situação que tem potencial significativo para causar dano, mas não houve erro associado.
- Cultura de Segurança: Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde. Cultura de Segurança é:
  1. Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
  2. A cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
  3. Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
  4. Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
  5. Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança;
  - Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
  - Erro: Falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto.
  - Evento Adverso: Incidente que resulta em dano ao paciente (dano físico, social ou psicológico).
  - Evento Sentinela: Ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.

- Farmacovigilância: É o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela Anvisa.
- Tecnovigilância: É o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro"), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.
- Gestão de Risco: Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
- Hemovigilância: É um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhorar a qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e aumentar a segurança do paciente.
- Incidente - Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- Incidente sem danos: Evento que atingiu o paciente, mas não causou danos.
- Incidente com dano (Evento Adverso): Incidente que resulta em dano ao paciente (físico, social ou psicológico).
- Near Miss (Quase Erro): Incidente que não atingiu o paciente, pois foi detectado com antecedência.

c. Núcleo de Segurança do Paciente

A ANVISA publicou a RDC nº 36, em 22 de julho de 2013, que institui as ações de Segurança do paciente no âmbito dos serviços de saúde e, entre outras medidas, estabelece a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). O Núcleo de Segurança é "a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à

segurança do paciente" de extrema importância para a busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde, sendo composta minimamente por médico, farmacêutico e enfermeiro. As competências deste núcleo são:

- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores.
- Prioritariamente, atuar com foco nas seis metas internacionais de segurança do paciente, conforme portarias **1377/2013 e 2095/2013**, que são:

1.Identificar os pacientes corretamente;

2.Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;

3.Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância;

4. Assegurar Cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;

5.Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;

6.Reduzir o risco de lesão por pressão e quedas.

- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde.
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o plano de Segurança do Paciente conforme RDC 36/20137 e as evidências científicas que comprovam as práticas de segurança e informações existentes da própria instituição sobre riscos e perigos.
- O NSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no Plano de Segurança do Paciente (PSP), envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.
- Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde.
- Trabalhar na prevenção, detecção precoce e mitigação de Eventos Adversos (EA) com ênfase na prevenção de eventos.

- Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para avaliação dos fatores contribuintes e das causas associadas à ocorrência de EA;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas.
- Conhecer o processo de cuidado de forma a permitir a identificação de pontos críticos e o redesenho desses processos, objetivando a prevenção, ou a detecção precoce ou a mitigação de erros.
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.
- Difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes relacionados à assistência à saúde decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- Promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação e dos outros mecanismos de captação de informação.
- Notificar ao Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária (SNVS) os EA decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EA.
- Dentro da atuação do Núcleo de Segurança do Paciente das unidades também é fundamental a implantação de princípios básicos de segurança, tais como:

  - Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
  - Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

- Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- Promoção do ambiente seguro.

d. Gerenciamento de Riscos

Gerenciamento de Risco é o monitoramento de todo e qualquer risco que o cliente/paciente, colaborador e instituição podem estar expostos. Deve ser tomadas ações que visem prevenir, detectar, mitigar e/ou minimizar perigos e/ou incidente.

O Processo de Gerenciamento de Riscos envolve ações que devem ser realizadas de forma sistemática e integrada:

- Mapeamento e identificação,
- Notificação e avaliação,
- Ações para controle,
- Comunicação dos riscos no serviço de saúde,
- Definição das responsabilidades relacionadas à cada etapa do processo de gerenciamento de Riscos.

e. Notificações de Incidentes

É função do NSP identificar, analisar e notificar todos incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os EA. A notificação de evento adverso foi percebida como um método que possui um efeito positivo sobre a segurança, não só por provocar mudanças nos processos de cuidado, como também por alterar as atitudes e os conhecimentos dos profissionais de saúde. A notificação não denota caráter punitivo mas sim entendimento de que o erro é multifatorial e precisa ser registrado para prevenção de novas ocorrências.

Os incidentes geralmente são divididos em 13 tipos, mas, podem ser

subdivido em outros grupos. Os tipos de incidentes mais comuns, são:

- Administração clínica;
- Processo clínico/ Procedimentos;
- Documentação;
- Infecção hospitalar;
- Medicação/ Fluídos endovenosos;
- Hemoderivados;
- Nutrição;
- Gases/ Oxigênio;
- Equipamento médico;
- Comportamento;
- Acidentes com o paciente;
- Estrutura;
- Gerenciamento de recursos/ Organizacional.

f. Classificação do Dano

Grau I (LEVE): A consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida.

Grau II (MODERADO): A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional), ou um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.

Grau III (GRAVE): A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.

Grau IV (ÓBITO): No balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.

Sugere-se que sempre que houver incidente grave ou catastrófico que se realize a análise e apresente atuações imediatas.

g. Análise da Causa Raiz

Deverá ser utilizada uma Metodologia sistematizada, retrospectiva, que identifica causas e fatores contribuintes de um evento e planeja estratégias para melhorar o processo e evitar recorrência. Esta análise deverá responder a três perguntas básicas: "O que aconteceu? Por que aconteceu? O que pode ser feito para evitar recorrência?".

h. Metas de Segurança

3. Meta 01- Identificar o paciente corretamente:

A meta 01 tem por objetivo garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado às pessoas para a qual se destinam. Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento, e podem acarretar danos graves ao paciente, como erros de medicação, erros na transfusão de hemocomponentes, erros nos resultados de exames, realização de procedimento em paciente errado ou local errado.

Para assegurar que o paciente seja corretamente identificado, todos os profissionais devem participar ativamente do processo de identificação, desde a admissão, transferência, antes dos cuidados, procedimentos, consultas, administração de medicamentos e hemocomponentes. Nesses momentos os profissionais devem checar com o acompanhante, solicitando que o mesmo verbalize seu nome completo, data de nascimento, e nome da genitora, conferindo com sua pulseira de identificação e etiquetas do prontuário.

Em pacientes com idade inferior a 12 meses colocar a pulseira de identificação no membro inferior direito e em pacientes acima de 12 meses colocar a pulseira de identificação no punho direito da paciente e observar que,

na impossibilidade de colocação da pulseira no membro, deve-se obedecer a sequência, no sentido anti-horário.

Além da identificação do paciente, justifica-se também, na perspectiva do cuidado seguro, a identificação de riscos. Sendo utilizada a pulseira de riscos, a mesma na cor branca e com os círculos sinalizando os riscos:

- Cor vermelha: Alergias.
- Cor Amarela: Risco de Queda.
- Cor Verde: Risco de Lesão de Pele.
- Cor Laranja: Risco de Broncoaspiração.

Com o objetivo de enfatizar a responsabilidade dos profissionais de saúde na conferência da identificação do paciente antes da realização de qualquer cuidado que inclui:

- Administração de medicamentos;
- Administração de hemocomponentes e hemoderivados;
- Coleta de material biológico;
- Consulta ambulatorial;
- Entrega de dieta;
- Oferta e administração de dieta;
- Realização de exames diagnósticos;
- Realização de procedimentos invasivos;
- Realização de procedimentos cirúrgico
- Encorajar o paciente e a família a participar de todas as fases do processo de identificação, esclarecendo sua importância;
- Realizar a identificação dos frascos de amostra de exames na presença e confirmação do paciente, com identificações que permaneçam nos frascos durante todas as fases de análise (pré-analítica, analítica e pós-analítica);
- Confirmar a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do medicamento/hemocomponente, antes da sua administração;
- Verificar rotineiramente a integridade das informações nas pulseiras de identificação do paciente, e registrar no prontuário;

- Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os dois identificadores;
- A conferência da identificação do paciente não deve ocorrer apenas no início de um cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua internação;
- Lembrar que a pulseira deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;

4. Meta 02- Melhorar a Comunicação Efetiva

Desenvolver uma abordagem para melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidado, estabelecendo uma comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, e compreendida pelo receptor, seja ela eletrônica, verbal ou escrita.

A segurança da assistência depende de uma comunicação entre os profissionais. Segundo a Joint Commission International (JCI), a efetividade da comunicação nas instituições de saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente.

Existem diversas formas de comunicação, como verbal, escrita, telefônica, eletrônica, entre outras, sendo fundamental que ocorra de forma adequada permitindo o entendimento entre as pessoas.

As informações dos pacientes são registradas no prontuário, que é um documento legal e contém todas as informações do processo assistencial, desde a admissão até a alta. Seu preenchimento é realizado por todos os profissionais envolvidos no cuidado, e o acesso a essas informações é um dos direitos do paciente.

A passagem de plantão tem por objetivo transmitir informações sobre o paciente em ambiente tranquilo, livre de interrupções esclarecendo as dúvidas do outro profissional; comunicar as condições do paciente, os medicamentos que utiliza, os resultados de exames, a previsão do tratamento, as recomendações sobre os cuidados e as alterações significativas em sua evolução.

- O paciente tem o direito de conhecer os registros realizados em seu prontuário clínico;
- As informações referentes às condições clínicas do paciente são restritas a ele próprio, aos funcionários envolvidos e aos que são autorizados pelo paciente ou legalmente estabelecidos;
- Não é permitida prescrição verbal, exceto em situações de emergência; nesses casos no momento em que se faz uma ordem verbal, ou se comunicam resultados críticos de exames, devemos nos certificar de que a informação foi compreendida e registrada corretamente por quem recebeu. Para isso, o profissional que recebeu a ordem ou resultado deve, em primeiro lugar, deve "ler de volta" (read back) a informação completa e após confirmação, realizar o procedimento ou comunicar o resultado de exame.
- O formulário SBAR é um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes, de forma clara e concisa. Pode ser utilizada em várias situações como, por exemplo, na passagem de plantão e transferência do paciente de uma unidade para outra.

5. Meta 03- Melhorar a segurança dos medicamentos

Muitos são os benefícios dos medicamentos para o tratamento e resgate da saúde das pessoas, para prevenção de doenças e para minimizar o sofrimento nos casos em que o paciente se encontra.

O processo de medicação está composto por várias etapas sendo as principais a prescrição, a dispensação, a administração e o monitoramento.

- Prescrição: O médico deve prescrever um apropriado medicamento para uma determinada situação clínica levando em consideração os fatores individuais do paciente. O prescritor deve selecionar a via de administração, a dose, o tempo e o regime de administração mais adequados.
- Dispensação: O farmacêutico irá transcrever e verificar a prescrição médica e em seguida, escolherá o medicamento e documentará o

processo.

- Administração: Administrar um medicamento inclui ter disponível um medicamento certo, na dose certa, para via certa e na validade correta. A administração dos medicamentos ainda inclui a necessidade de verificar se o paciente apresenta alergias ou reações adversas aos medicamentos prescritos.
- Monitoramento: Avaliar clinicamente o paciente no intuito de determinar as alterações orgânicas em decorrência do medicamento, ou seja, na fase de prescrição, dispensação, administração e monitoramento.

As estratégias para redução de danos na administração de medicamentos estão atreladas a farmacovigilância, definida como a 'Ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de eventos adversos ou quaisquer problemas.

A prevenção de eventos adversos por administração de doses acima ou abaixo das prescritas é a principal razão para o cuidado seguro. Os eventos de erros ou quase erros de medicação precisam ser investigados e são quase sempre de natureza multifatorial, envolvendo determinados profissionais inseridos no processo.

Os profissionais envolvidos necessitam realizar a checagem da prescrição e de tempo disponível para realizar.

Medicamentos de Alta Vigilância:

Para cada classificação de medicamento é utilizado etiquetas com cores diferentes (Anexo 04):

- Branca: medicamentos não psicotrópicos ou alta vigilância;
- Amarela: medicamentos psicotrópicos;
- Vermelha: medicamentos de Alta Vigilância.

Para garantir a segurança do processo, sempre realizar o procedimento de fracionamento de cada medicamento separadamente.

O Técnico de farmácia faz a leitura da prescrição, confere a medicação solicitada pelo funcionário da enfermagem e verifica o horário da administração. Considerando que os medicamentos de alta vigilância só pode ser dispensados no máximo com uma hora de antecedência ao horário de sua administração. Verificar a quantidade necessária para a administração do horário solicitado;

O Técnico de farmácia se dirige ao armário identificado para guarda de Medicamentos Potencialmente Perigosos de Uso Sistêmico – Nota Técnica n°01/10/DIVS/SES, e retira os medicamentos solicitados;

6. Meta 04- Assegurar Cirurgia Segura

O objetivo desta meta é garantir cirurgias com local de intervenção, procedimento correto e paciente correto. Cerca de metade dos eventos adversos nestes estudos foi determinada como evitável.

Para assegurar a segurança do procedimento, será efetuada o passo a passo descrito abaixo:

- **CHECK – IN – Chegada ao Centro Cirúrgico**
  - Realizar checklist pré-operatório;
  - Anamnese / Exame físico;
  - Confirmar identificação do paciente conforme meta 1;
  - Confirmar sítio cirúrgico e procedimento a ser realizado;
  - Realizar anotação e evolução no prontuário do paciente;
  - Checar alergias, patologias e jejum;
  - Acomodar paciente no leito.

- **Sign In – Antes da indução anestésica**
  - Confirmar com responsável pelo paciente: Identificação do paciente; lado a ser operado; procedimento que vai ser submetido; consentimento esclarecido para cirurgia e anestesia.
  - Sítio assinalado (se necessário): Confirmar o sítio cirúrgico correto e sua

demarcação.

- A demarcação da lateralidade e o procedimento são confirmados checando os registros e exames do paciente;
- Checagem de equipamento anestésico;
- Conexão de monitor: Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetros ao paciente e seu funcionamento;
- Oximetria de pulso funcionando: Monitorização adequada do paciente
- Revisar com anestesista: Alergias; se possui aspirador disponível? Há risco de via aérea difícil/ bronca aspiração?
- Risco de sangramento > 500 ml – 7 ml por kg (criança), em caso de Sim – manter acesso venoso adequado e se há reposição líquidos planejada.

- **Time Aut – Antes da incisão**
- Todos os membros se apresentam: Nome e função;
- Cirurgião, Anestesista e Enfermagem confirmam verbalmente: Paciente; lateralidade e procedimento;
- Antimicrobianos profiláticos: Administração nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.
- Cirurgião: Quais os tempos críticos e eventos inesperados; duração da operação; possibilidade de sangramento;
- Anestesista: Quais as preocupações especiais do caso.
- Enfermagem: A indicação da esterilização está correta; Há alguma preocupação em relação aos equipamentos necessários; acompanhamento da disponibilidade de exames de imagens; quantidade de pinças; e quantidade de compressas e gazes abertas.

- **Sign Out – Antes do paciente deixar Sala Operatória**

- A contagem de instrumentos, compressas, gazes e agulhas está correta (ou não se aplica);

- Biopsias estão identificadas e com o nome do paciente;
- Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido;
- Revisão do plano de cuidado e providências quanto à abordagem operatória e recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

7. Meta 05- Reduzir os riscos de infecção associados ao cuidado

Essa meta busca promover a prevenção e o controle de infecções em todos os setores, implementando programa efetivo para higienização das mãos. As infecções relacionadas à assistência à saúde constituem um problema grave e um grande desafio, exigindo ações efetivas de prevenção e controle pelos serviços de saúde. Através de ações relacionadas à melhoria da Higienização das Mãos, é uma medida importante para a redução da transmissão de micro-organismos por meios das mãos, atualmente, o uso de produto para fricção antisséptica das mãos sem o uso de água é amplamente recomendado, pela facilidade de sua distribuição na instituição. A proposta da OMS para HM se baseia em cinco momentos durante a prestação de cuidados:

- Antes de contato com o paciente;
- Após realização de procedimento asséptico;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Após contato com o paciente;
- Após contato com áreas próximas ao paciente.

Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição, mediante estes fatos destacam-se ações para prevenir as lesões:

- Avaliar o de risco na admissão de todos os pacientes, utilizando a escala de Braden em pacientes com faixa etária acima de 12 anos e a escala de Braden Q em pacientes com idade inferior a 12 anos;
- Reavaliar diariamente o risco de desenvolvimento de LPP;
- Inspecionar diariamente a pele;
- Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento;
- Manter os lençóis secos e sem vincos;
- Hidratar a pele do paciente com cremes à base de ácidos graxos essencias;
- Avaliar a condição nutricional e de hidratação do paciente;
- Realizar mudança de decúbito de 2/2h em pacientes com risco;
- Elevar a cabeceira a 30° quando possível;
- Utilizar colchão piramidal ou pneumático;
- Incentivar a mobilização precoce passiva e/ou ativa, respeitando as condições clínicas do paciente;
- Utilizar superfícies de suporte de alívio da carga mecância para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade, como o uso de almofadas, travesseiro ou ~~coxinas (~~coxins) apropriados;
- Proteger proeminências ósseas com filme transparente ou hidrocolóide.

8. Meta 06- Reduzir o Risco de Quedas

A queda é provocada por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeiras de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, berço, etc.), incluindo vaso sanitário.

Além dos danos físicos e emocionais, as quedas afetam a confiança do paciente e da família nos serviços de saúde, assim como acarretam custos desnecessários aos serviços pelo aumento do tempo de hospitalização,

intervenções, tratamentos e exames para reduzir os possíveis danos causados aos pacientes. Existem vários fatores de risco associados às quedas de pacientes, entre eles destacam-se a idade, pluralidade de patologias, mobilidade física prejudicada, presença de doença aguda, equilíbrio prejudicado e estado mental diminuído. Muitas vezes estes fatores estão agravados pelo uso de medicamentos, alterações cognitivas e procedimentos médicos que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência de quedas.

- Aplicar escala de Morse;
- Identificar o risco do paciente com pulseira de risco;
- Orientar paciente e familiar quanto às medidas preventivas de queda;
- Criar ambiente físico que minimize o risco de ocorrência de quedas, como barras de segurança nos banheiros e manter a área de circulação das enfermarias e corredores livres e com boa iluminação;
- Não deixar a paciente se levantar sozinha no POI (Pós-operatório imediato).
- Acompanhar e auxiliar no primeiro banho.

a. Segurança no uso de cateteres e sondas

- Orientar os pacientes e familiares a não manusear os dispositivos, não devendo realizar conexões ou desconexões;
- Identificar cateter de alto risco como os arteriais, peridurais e intratecais, e os mesmos não devem possuir entradas secundárias para injeção;
- Verificar todos os dispositivos, desde a inserção até a conexão, antes de realizar reconexões, desconexões, ou administração de medicamentos e soluções;
- Posicionar os sistemas de infusão (equipos, buretas, extensões) em diferentes sentidos;
- Realizar a passagem de plantão entre turnos e entre unidades de internação com dupla checagem das conexões dos dispositivos;
- Não forçar nenhuma conexão. (Se uma conexão está difícil de ser feita –

ela requer muito esforço – deve-se considerar a possibilidade de erro de conexão, da mesma forma, se uma conexão parecer não segura, checar se os componentes estão corretos);

- Executar conexões somente sob condições adequadas de iluminação;
- Rechecar as conexões e rastrear todos os tubos e cateteres de um novo paciente no setor;
- Informar colaboradores não-clínicos, pacientes e seus familiares para solicitar auxílio do corpo de enfermagem ou médico, sempre que houver a necessidade de conectar ou desconectar dispositivos ou infusões;
- Utilizar somente equipo próprio para infusão de dietas enterais;
- Utilizar bomba de infusão própria para dieta ser administrada;
- Priorizar a escolha de cateteres, sondas e seringas desenvolvidos com dispositivos que previnam conexões incorretas e contribuam para a segurança do paciente;
- Incentivar os acompanhantes a participar da confirmação dos medicamentos e soluções que serão administrados.

Padronizar o tempo de permanência para os dispositivos.

b. Envolvimento dos acompanhantes com a segurança do paciente

Como tentativa de reduzir a ocorrência de eventos adversos, uma das medidas mais simples, mas extremamente importante, é o acompanhante ser membro ativo da equipe de cuidados prestados ao paciente.

- Estimular o responsável a participar das decisões do cuidado;
- Proporcionar o fortalecimento do vínculo do paciente e família com a equipe, pois estes fornecem informações sobre os sintomas, a história e o tratamento;
- Compartilhar decisões sobre o tratamento e procedimento, por meio de informações referentes aos potenciais benefícios, riscos e prejuízos sobre cada opção que for apresentada;
- Utilizar meios adequados e linguagem compreensível para disponibilizar

as informações aos diferentes grupos de pessoas;

- Avaliar as dificuldades de comunicação, barreiras de linguagem, falta de entendimento das orientações, fatores sociais e de personalidade que prejudicam a tomada de decisão adequada;
- Antes da realização de qualquer procedimento, conferir a identificação do paciente, questionando ao responsável verbalmente o nome completo, data de nascimento e nome da genitora do paciente;
- Antes da administração do medicamento, explicar o nome e ação esperada do mesmo;
- Levar em consideração perguntas, queixas e observações do familiar, pois ele é a última barreira para impedir que eventos adversos ocorram.

c. Segurança na utilização da tecnologia

A segurança na utilização da tecnologia compreende o benefício e o impacto no uso de um ou mais recursos, que visa identificar soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas de maior risco na assistência à saúde, para que a tecnologia seja utilizada de maneira apropriada.

- Consultar o manual do fabricante de qualquer equipamento;
- Avaliar se o equipamento apresenta condições adequadas para o uso;
- Simular o funcionamento normal do aparelho, desconecte o plugue da tomada e verifique se o alarme de bateria começa a soar;
- Realizar a limpeza programada do equipamento e/ou sempre que necessário;
- Verificar o adequado funcionamento do equipamento;
- Verificar em que condições se encontra o equipamento, se foi realizado a manutenção e a programação para manutenção preventiva e calibração do equipamento;
- Pedir orientações ao Serviço de Engenharia ou Manutenção sobre o uso adequado de equipamentos quando houver qualquer dúvida;
- Pedir para que o paciente comunique o profissional em caso de alarme ou problema técnico com equipamento, orientando a ele não tentar solucionar;

- Posicionar o equipamento em local seguro para prevenir quedas e acidentes;
- Monitorar o paciente com frequência, analisando as condições do equipamento em uso;
- Analisar se o equipamento tem condições técnicas para o atendimento das necessidades clínicas do paciente, participando do processo de adequação da tecnologia aplicada ao cuidado de enfermagem;
- Certificar de que possui habilidade e conhecimento técnico para o manuseio do equipamento com segurança;
- Se o paciente referir alergia a algum produto/ conexão/ tubo do equipamento, registrar no prontuário, realizar a substituição e comunicar ao setor responsável;
- Promover educação permanente quanto ao uso seguro dos materiais e equipamentos;
- Realizar ampla divulgação quando no momento da inclusão de novos equipamentos, nos primeiros meses de utilização, deve supervisionar o manejo e funcionamento adequado para identificar contraindicações entre a utilização segura, recomendada pelo fabricante, e a praticada pelos profissionais;
- Estabelecer uma lista com os passos para confirmar a instalação e programação corretas dos equipamentos antes de conectá-lo ao paciente. Sempre que possível, utilizar ilustrações para orientar o uso dos equipamentos;
- Os equipamentos que apresentarem problemas de funcionamento devem ser separados dos demais, identificados com etiqueta de "Manutenção" e providenciado o pronto encaminhamento ao setor responsável pela manutenção;
- Os sistemas de alarme não podem ser desativados, tanto por membros da equipe de saúde como pelo paciente e/ou acompanhante.

d. Administração segura de sangue e hemocomponentes

A transfusão de sangue e hemocomponentes é um suporte essencial a muitos

tratamentos e pode salvar vidas. As transfusões são realizadas para aumentar a capacidade do sangue de transportar oxigênio, restaurar o volume sanguíneo do organismo, melhorar a imunidade ou corrigir distúrbios da coagulação. A maioria dos pacientes não apresenta reações à transfusão. A transfusão de sangue e de hemocomponentes caracteriza-se como um processo complexo, com várias etapas interconectadas.

Com o objetivo de aperfeiçoar o processo hemoterápico e aumentar a segurança do paciente destacam-se as atitudes abaixo:

- Observar que a solicitação para transfusão de sangue ou de hemocomponente seja feita em formulário específico, com as informações necessárias para a identificação correta do receptor;
- Certificar-se da prescrição médica da transfusão no prontuário;
- Fazer constar na etiqueta de cada bolsa de sangue ou de hemocomponente a ser transfundido: o nome completo do receptor, data de nascimento, registro hospitalar, grupo sanguíneo e fator Rh do doador e do receptor;
- Utilizar para transfusão, equipos descartáveis e livres de pirógenos com filtro de 170µ, que retém coágulos e agregados;
- Verificar a integridade da bolsa e a cor/aspecto do hemocomponente em dois momentos: ao receber a bolsa no setor devem-se observar sinais de hemólise e a presença de coágulos. Um vazamento ou alteração de cor podem indicar que o sangue está contaminado, havendo risco de causar reação grave ou fatal se for administrado ao paciente;
- Conferir a identificação do paciente, perguntando ao mesmo seu nome completo e data de nascimento;
- Orientar o responsável sobre a transfusão de sangue: riscos, estratégias para evitar a transfusão e necessidade de ser identificado corretamente em todas as etapas do processo de transfusão;
- Preparar acesso venoso antes da chegada do sangue ou hemocomponente;
- Administrar o sangue e hemocomponete assim que for recebido na Unidade;
- Nunca aquecer sangue e hemocomponente em banho-maria ou microondas;
- Realizar dupla-checagem da identificação do paciente, identificação da bolsa

e prescrição médica com outro funcionário;

- Os Sinais Vitais devem ser aferidos e anotados no início da infusão, após 05,10 e 15 minutos de infusão, ao completar 1 hora de infusão, ao completar 2 horas de infusão e ao final da infusão.
- Não infundir medicamentos no mesmo acesso venoso durante a transfusão;
- Não infundir dois hemocomponentes ao mesmo tempo, pois em caso de reação transfusional, não será possível identificar qual o hemocomponente envolvido;
- Permanecer junto ao paciente nos primeiros 15 minutos após a instalação para identificar sinais de reações adversas;
- Orientar ao paciente e responsável a informar imediatamente qualquer reação como tremores, rubor, dor ou dificuldade para respirar e ansiedade;
- Observar o paciente a intervalos regulares, durante todo o período de transfusão, quanto a sinais e sintomas de uma reação adversa, velocidade de infusão correta e dor ou edema no local ou ao redor do acesso venoso;
- Interromper imediatamente a administração na vigência de um ou mais sinais de reação adversa.
- No caso de reação transfusional, comunicar imediatamente o ocorrido ao médico responsável pelo atendimento do paciente, abrir notificação de evento adverso (A mesma será encaminhada ao banco de sangue);
- O tempo de transfusão não deverá exceder 4 horas ao risco de contaminação e/ou alteração do produto;
- Realizar a infusão de solução salina, após a administração do produto, com o objetivo de manter a permeabilidade do cateter;
- Devido ao risco potencial do procedimento, o acompanhante deve ser informado e esclarecido sobre a decisão médica e assinado o Termo de Consentimento;
- Para administração segura de sangue e hemocomponentes são essenciais: identificação precisa do paciente, rotulagem correta da amostra de sangue para o teste pré-transfusão e verificação final da identificação do paciente e da bolsa de sangue (o sangue certo para o paciente certo);

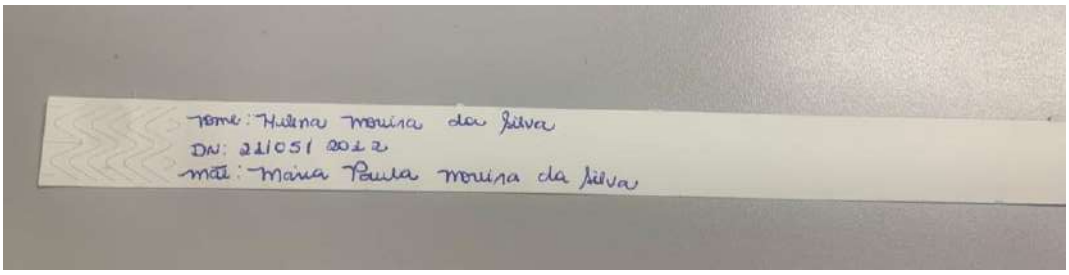
- As reações imediatas, do tipo febril ou hemolítica, podem ocorrer até 24 horas após o início da transfusão;
- O paciente que está recebendo transfusão não deve ser transportado para outra Unidade/ Serviço, particularmente se a infusão foi recém iniciada, salvo em situações críticas;
- Educação permanente de todos os profissionais envolvidos no processo de transfusão é essencial;
- Todos os cuidados recomendados para a segurança do processo transfusional devem ser repetidos para cada bolsa a ser instalada, incluindo a monitoração inicial e continuada do paciente;
- Após a infusão deve ser preenchido o caderno de registro de transfusão.

9. Referências Bibliográficas

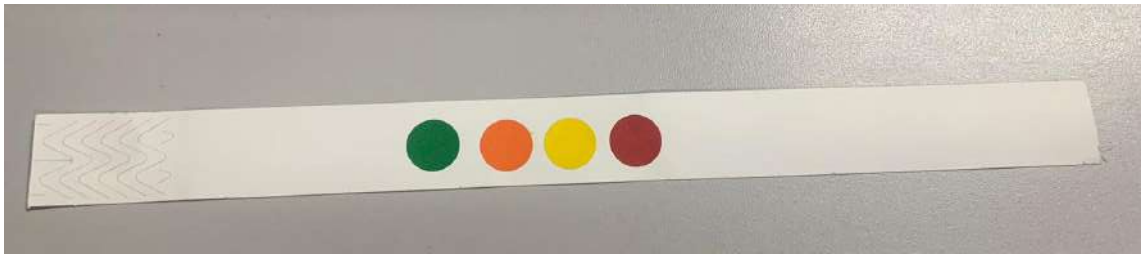
- Roberts J, Coale J, Redman, R. A history of the Joint Commission for accreditation of hospitals. JAMA. 1987;
- Anvisa (Brasil). Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. 2013.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
- MEIRA, R. C. As ferramentas para a melhoria da qualidade. Porto Alegre: SEBRAE, 2003.
- Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ed. Porto Alegre:AMGH; 2013.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo- COREN-SP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente- REBRAENSP- Polo São Paulo. 10 Passos para a Segurança do Paciente. São Paulo, 2010.
- Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Hemovigilância. Brasília.
- COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2016 – Manual de Segurança do Paciente
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo Segurança do paciente: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. - São Paulo: COREN-SP, 2022.
- ALMEIDA CE, et al. Manual para a realização de curativos. Rio de janeiro: Cultura Médica, 2007
- MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão 07/12/2013
- BRASIL. Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN. 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017.

10. Anexos

Anexo 01: Pulseira de Identificação



Anexo 02: Pulseira de Riscos





Cor vermelha: Alergias.

Cor Amarela: Risco de Queda.

Cor Verde: Risco de Lesão de Pele.

Cor Laranja: Risco de Broncoaspiração.

Anexo 03: SBAR – Checklist para transferência interna e externa.

Nome do Paciente:			
Nome da mãe:			
DN:	**Idade:**	**Peso:**	**Isolamento:** ( ) SIM ( ) NÃO
Setor de Origem:		**Setor de Destino:**	
Data da transferência:		**Hora da transferência:** ____ : ____	

CONDIÇÕES ATUAIS DO PACIENTE (Campo Médico)
Plano Terapêutico Proposto:
Antibioticoterapia:

CHECKLIST PARA TRANSFERÊNCIA (Campo Enfermagem)				
FR: _____ Rpm	**SpO2:** _____ %	**FC:** _____ Bpm	**PA:** ____ / _____ mmHg	**Temp:** _____ °C
Suporte Ventilatório:	( ) VM ( ) VNI ( ) Máscara Venturi ( ) Cateter Nasal			**FiO2:** _____ %
Dispositivos: ( )CVP em _____ ( )CVC em _____ ( ) PICC em _____ ( ) CVD				
( ) Dreno em _____ Outros: _____ Fixação Segura: ( ) SIM ( ) NÃO				
Data de inserção do dispositivo: ___/____/_____ **Data de previsão para retirada:** ___/____/_____				

Equipamentos, Medicamentos e Materiais preparador para o transporte? ( ) SIM ( ) NÃO	
Equipe participante da transferência: ( )Médico ( )Enfermeiro ( )Fisioterapeut ( )AE/TE ( )Outros. Qual? _____	
Assinatura/Carimbo do Médico:	**Assinatura/Carimbo do Enfermeiro:**

SETOR DE ADMISSÃO (Campo Médico)	
Paciente dentro dos critérios de transferência? ( ) SIM ( ) NÃO	
Se Não, Descreva o motivo:	
Assinatura/Carimbo do Médico:	**Assinatura/Carimbo do Enfermeiro:**

Anexo 04: Etiqueta de Classificação dos Medicamentos.

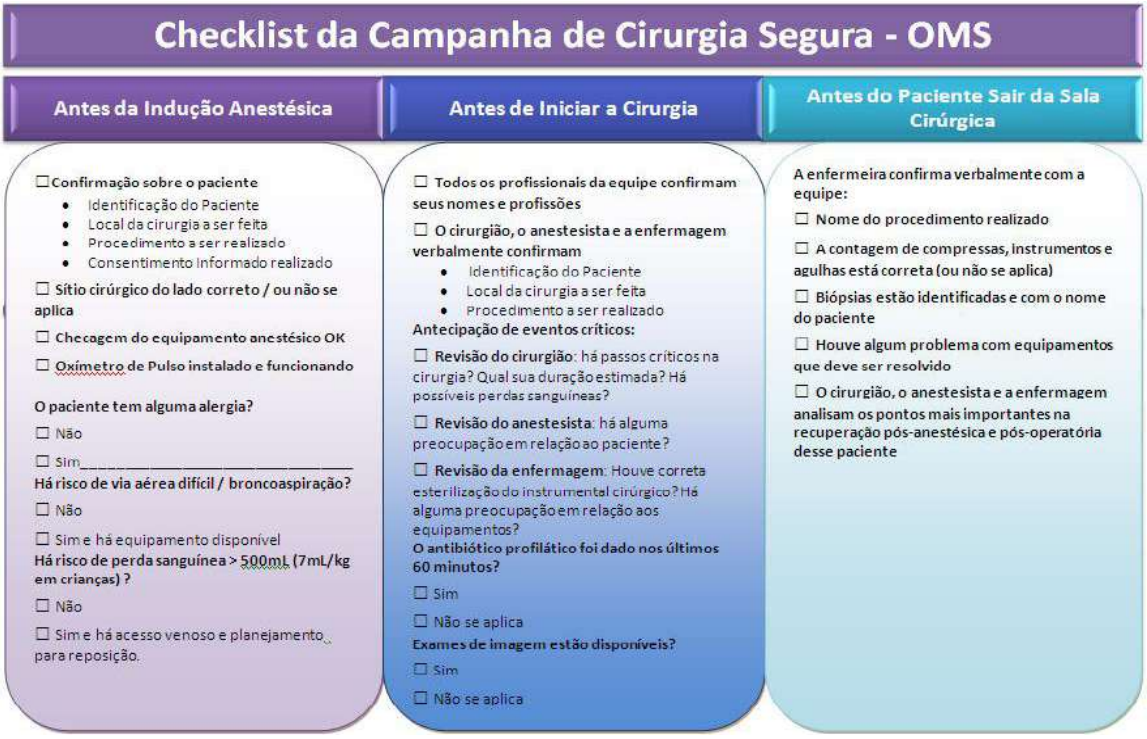




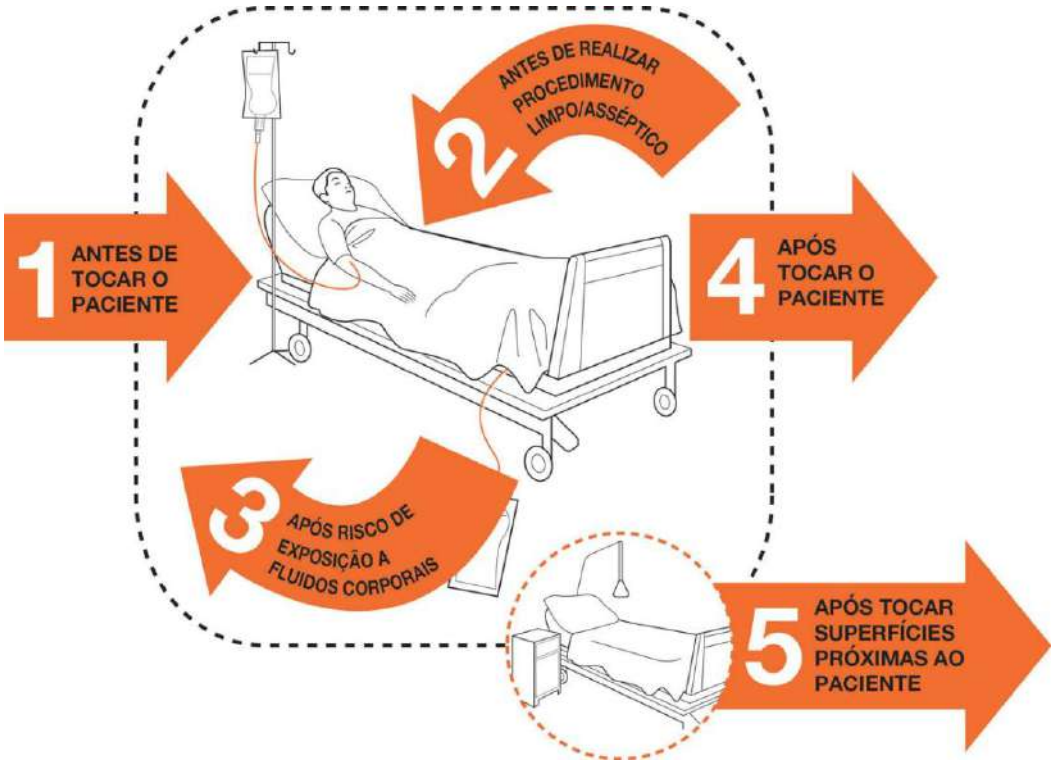


Branca: medicamentos não psicotrópicos ou alta vigilância; Amarela: medicamentos psicotrópicos; Vermelha: medicamentos de Alta Vigilância.

Anexo 05: Quadro de Cirurgia Segura (Checklist).



Anexo 06: Cartaz dos cinco momentos de higiene das mãos.



Anexo 07: Notificação de Evento Adversos.

SETOR DA OCORRÊNCIA:	
NOTIFICADOR:	
DATA DA NOTIFICAÇÃO:	**DATA EVENTO ADVERSO/INCIDENTE:**
1 – INCIDENTE / EVENTO ADVERSO OCORRIDO COM O PACIENTE DEVIDO A:	
( ) Queda ( ) Falha na identificação do paciente ( ) Broncoaspiração ( ) **Falha/ erro de medicação** – circule: Prescrição, dispensação ou administração? ( ) Erro/ Falha em cirurgia ( ) Lesão de pele ( ) Dermatite associada à incontinência ( ) Saída inadvertida/acidental de cateter Venoso Central ( ) Complicação no acesso venoso periférico. ( ) Flebite: Química ( ) Mecânica ( ) Infecciosa ( ) Grau I ( ) Grau II ( ) Grau III ( ) Grau IV ( )	( ) Saída acidental de dreno ( ) Saída acidental de sonda nasoenteral/gástrica ( ) Acidente com animal peçonhento ( ) Extubação acidental ( ) Lesão por contensão fisica ( ) Evasão ( ) Perda de amostra biológica ( ) Troca de bolsa de sangue (Paciente incorreto) ( ) Falha equipamento hospitalar- Tecnovigilância ( ) Defeito na qualidade medicação – Farmacovigilância ( ) Defeito na qualidade de um insumo. ( ) OUTRO: _____ _____ _____
2 – PREENCHER EM CASO DE FARMACOVIGILÂNCIA E/OU TECNOVIGILÂNCIA	
Se defeito/falha com medicamento Nome do produto: _____ Marca do Fabricante: _____ Lote: _____ Validade: _____	Se defeito/falha com equipamento hospitalar Equipamento: _____ Número da série: _____ Data da manutenção preventiva: _____ N° do Patrimônio: _____
3- Não conformidade encontrada:	
4-Nome do paciente:	**Data de Nascimento:**
N° do prontuário:	**N° atendimento:** **Setor/leito:**
Descrição do Evento	
Ações imediatas realizadas	
Ações realizadas para evitar que aconteça novamente	
ASSINATURA/CARIMBO:	

Anexo 08: Notificação de Evento Adversos Transfusionais.

DADOS DO PACIENTE (IDENTIFICAÇÃO)

01	NOME COMPLETO:					02	Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
03	NOME DA MÃE:					04	Nº CARTÃO SUS:
05	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	06	IDADE NA DATA DO EVENTO:	07	Nº PRONTUÁRIO:		
08	DIAGNÓSTICO CLÍNICO (CID DE INTERNAÇÃO):						

DADOS DA TRANSFUSÃO

09	INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO:					10	Tipo de transfusão: ( ) urgente ( ) programada
11	SETOR ONDE OCORREU TRANSFUSÃO: ( ) Ambulatório ( ) UTI ( ) Enfermaria ( ) Centro cirúrgico ( ) Enfermaria cirúrgica ( ) Emergência/PS ( ) Caps ( ) Outros especificar: _____						

HEMOCOMPONENTES RELACIONADOS À NOTIFICAÇÃO							
12	TIPO	13	Nº DA BOLSA	14	Nº Data de Expiração	15	ABO/Rh	16	DATA DA TRANSFUSÃO: ____/____/____
								17	NOME DA INSTITUIÇÃO PRODUTORA E Nº CNES:

Tipo de Hemocomponente
CH - Concentrado de Hemácia
CP -Concentrado de Plaqueta
PFC- Plasma Fresco Congelado
CRIO- Crioprecipitado
STR- Sangue total reconstituído
Outros: Citar _____

HISTÓRIA TRASNFUSIONAL
INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO: _____
TRANSFUSÃO PRÉVIAS: ( ) ATÉ 05 ( ) DE 05 A 10 ( ) DE 10 A 20 ( ) MAIS DE 20 ( )Qtia. Ignorada ( ) Não Houve ( ) IGNORADO
HISTÓRIA DE INCIDENTES TRANSFUSIONAIS PRÉVIOS: ( ) SIM ( )NÃO ( ) Ignorado

DADOS DO EVENTO ADVERSOS

18	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	19	NÚMERO CNES:
20	DATA DA OCORRÊNCIA: / /	21	HORA DA OCORRÊNCIA:
22	TIPO : ( ) **IMEDIATA** durante a transfusão ou até 24 horas após o seu início; ( ) **TARDIA** ocorre após 24 horas do início da transfusão		
23	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/LABORATORIAIS DO INCIDENTE TRANSFUSIONAL:		

( ) Calafrios ( ) Febre ( ) Prurido ( ) Urticária ( ) Dispnéia ( ) Cianose de extremidades ( ) Hipertensão arterial ( ) Edema agudo de pulmão ( ) Eritema
( )taquicardia ( ) inquietação / ansiedade ( ) dor lombar ( ) hemoglobinúria ( ) choque ( ) dor torácica ( ) hipotensão arterial ( ) náuseas ( ) outros especificar:
( ) vômitos ( ) rouquidão ( ) soroconversão ( ) taquipnéia ( ) taquicardia ( ) dor abdominal ( ) tosse ( ) pápulas

24	CORRELAÇÃO QUANTO AO GRAU DE GRAVIDADE:

( ) **LEVE:** Ausência de risco à vida. Poderá ser requerida intervenção médica, mas a falta desta não resulta em danos permanentes ou em comprometimento de um órgão ou função.
( ) **MODERADO:** Morbidade a longo prazo. Em consequência da reação transfusional houve:
- necessidade de hospitalização ou prolongamento desta e/ou
- deficiência ou incapacidade persistente ou significativa ou
- necessidade de intervenção médica ou cirúrgica para evitar danos permanentes ou comprometimento de um órgão ou função.

( ) **GRAVE** : Ameaça imediata à vida, em consequência da reação transfusional, sem óbito atribuído à transfusão. Intervenção médica exigida para evitar a morte.
( ) **ÓBITO** comprovadamente atribuído à transfusão

25	DESCRIÇÃO DO EVENTO ADVERSO:

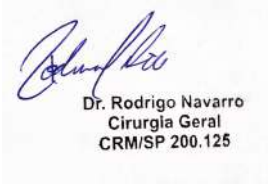
(IMPORTANTE! Informe a doença de base, as condições clínicas do paciente ANTES da transfusão, o intervalo de tempo entre o início da transfusão e o início dos sinais e sintomas, os SINAIS VITAIS PRÉ E PÓS TRANSFUSIONAIS, a evolução clínica, as condutas adotadas e o desfecho do caso)

Data ___/____/_____ _____
Assinatura do(s) responsável (eis) pela Notificação no local onde ocorreu o evento adverso transfusional

11. Histórico de Revisão e Aprovação

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	MANUAL	Qualidade	
Título	Segurança do Paciente	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**



ANEXO 4

Protocolos Clínicos

DESCRIÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A suspeita de SEPSE precoce é de extrema importância para o melhor prognóstico da doença. Quanto mais cedo for indicado o tratamento adequado, melhores são as chances do paciente. Por isto este indicador procura avaliar a suspeita de SEPSE e pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde e não necessariamente apenas pelo médico assistente. Os critérios seguem as indicações da publicação do Instituto Latino-Americano de Sepse na sua última versão (atualmente a de 2018) e deve ser utilizada classificação de risco, na sala vermelha e na observação (neste último caso pode-se acrescentar os resultados de exame laboratoriais para melhorar o alcance do protocolo).

A suspeição poderá ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, mas a decisão da continuidade do protocolo será do médico assistente, que poderá encerrar ou dar continuidade aos passos seguintes do protocolo.

Uma vez diagnosticada a SEPSE, as condutas para o tratamento devem ser iniciadas imediatamente. Para tanto foi desenvolvida pelo ILAS a utilização de pacotes de tratamento, atualmente conhecidos por pacote de 1 hora e check point de 6 horas.

2. CRITÉRIOS

Os critérios de suspeita são:

a) Diagnóstico da sepse

Sepse deve ser suspeitada em todos os pacientes com quadro infeccioso. A equipe multidisciplinar deve estar atenta a presença dos critérios de resposta inflamatória sistêmica, que definem a presença de infecção.

O paciente deve apresentar 2 ou mais critérios de SIRS:

- Temperatura central > 37,8o C ou < 35ºC;
- Frequência cardíaca > 90bpm;
- Frequência respiratória > 20 rpm;

- Leucócitos totais > 12.000/mm3 ou < 4.000/mm3 ou presença de > 10% de formas jovens.

E/ou pelo menos um critério de disfunção orgânica:

- Hipotensão: PAS <90mmHg, sonolência, agitação ou coma
- Saturação de oxigênio ≤90%
- Necessidade de oxigênio ou dispneia
- Diurese em volume inferior a 0,5nl/kg/hora (oligúria)
- Creatinina > 2,0 mg/dl
- Lactato acima do valor de referência
- Plaquetas < 100.000mm3 oi INR >1,5
- Bilirrubina > 2 mg/dl

Nesse contexto, qualquer colaborador da assistência que identifique os critérios acima, pode comunicar o Enfermeiro e o Médico, para abertura do Protocolo de SEPSE.

b) A abertura do protocolo compreende as seguintes medidas:

- Coleta de Hemocultura periférica 2 amostras, Hemograma, Ureia, Creatinina, Glicemia, Sódio, Potássio, Calcio iônico, Magnésio, Coagulograma, TGO, TGP, PCR, Bilirrubinas totais e frações, Troponina, Gasometria arterial e Lactato Arterial, em até 30 minutos no máximo.
- Prescrever a antibioticoterapia em até 30 minutos, no máximo.
- Administrar os antibióticos, após coleta de culturas, em até 30 min após a prescrição médica (no máximo 1h após o diagnóstico).
- Reposição volêmica agressiva precoce em pacientes com hipotensão ou lactato acima de 20 mg/dL.
- Após análise dos resultados laboratoriais, o médico dá seguimento com os pacotes de 3 e 6 horas.
- Solicita vaga em hospital de referência para internação do paciente.

Referencial Bibliográfico

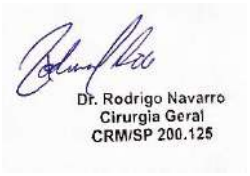
1. INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE (ILAS). **Diretrizes para manejo da sepse em hospitais brasileiros**. São Paulo: ILAS, 2018.

Histórico de modificações

15/01/2023– Criação do documento.

20/02/2025 – Revisado sem alteração.

Assinaturas



Descrição

1. Introdução

Náuseas e vômitos durante a gravidez (NVGs) são condições comuns que afetam a saúde da mulher grávida e de seu feto. Esses sintomas podem impactar significativamente a qualidade de vida da gestante e de sua família, principalmente quando persistentes e/ou graves, e também contribuir significativamente para o tempo perdido no trabalho. Acometem 70% a 80% das grávidas e são tão comuns no início da gravidez que sintomas leves podem ser considerados parte da fisiologia normal do primeiro trimestre. Os sintomas geralmente começam entre 2 e 4 semanas após a fertilização, atingem seu pico com 9 semanas de gestação e geralmente se resolvem por volta de 16 a 20 semanas de gestação em 90% dos casos. Cerca de 10% das mulheres têm um curso prolongado dos sintomas, que podem se estender até o momento do parto.

A hiperêmese gravídica (HG) é uma forma grave de náuseas e vômitos na gravidez, que afeta uma pequena porcentagem das gestantes (0,3% até 3,0%) devido a diferentes critérios de diagnóstico e variação étnica nas populações estudadas, e é uma das indicações mais comuns de hospitalização durante a gravidez. É um diagnóstico clínico de exclusão baseado na presença de vômitos persistentes e na ausência de outras doenças, podendo levar a distúrbios hidroeletrolíticos, alterações nutricionais e metabólicas, cetonuria e perda de mais de 5% do peso corporal, com isso trazendo risco para a vida materna e fetal. Anormalidades tireoidianas e hepáticas também podem estar presentes. Pode também ser associada com morbidade materna e fetal grave, como a encefalopatia de Wernicke, restrição de crescimento fetal, e até mesmo morte materna e fetal.

A patogênese da náusea e vômito na gestação ainda é desconhecida e parece ser multifatorial. As causas hormonais são as principais reconhecidas, justificando até a maior incidência em gestações múltiplas e doença trofoblástica gestacional. Especialistas continuam a debater se as alterações psicológicas são fatores predisponentes para essa condição.

Dados da anamnese ajudam a verificar a gravidade do caso, conforme o escore de PUQE (Quadro 1). Nos casos de média ou maior intensidade, o exame físico pode identificar sinais de desidratação

e até redução do peso. Exames subsidiários podem ser dispensáveis quando as primeiras medidas terapêuticas atingem bons resultados. Casos mais acentuados indicam realização de hemograma, sódio e potássio, testes de função renal, testes de função hepática, amilase, TSH/T4 livre, sumário de urina e urocultura. A ultrassonografia está indicada para descartar casos de doença trofoblástica. Igualmente, pode identificar gestação gemelar. Deve-se ponderar, nos casos graves, a realização de endoscopia digestiva alta com pesquisa de H. pylori.

Quadro 1 – Determinação da gravidade da NVG

Escore de PUQE (Pregnancy Unique Quantification of Emesis)

1 – Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?
Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) – > de 12 horas
(5)
2 – Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 24 horas?
Nenhum (1); 1 episódio (2); Até 3 episódios (3); Até 4 episódios (4); Mais de
cinco (5)
3 – Em quantos momentos observou intensa salivação e esforço de vômito nas últimas 24 horas?
Nenhum (1); Até 3 vezes (2); Até 5 vezes (3); Até 8 vezes (4); Todo o tempo (5)
Classificação: pontuação ≤6 – forma leve; entre 7 e 11 – forma moderada;
≥12 – forma grave.

O Quadro 2 exibe os principais diagnósticos diferenciais da hiperemese gravídica.

Quadro 2 – Principais diagnósticos diferenciais da hiperemese gravídica

Condições gastrointestinais	Condições do trato geniturinário	Condições metabólicas	Desordens neurológicas	Condições diversas	Condições relacionadas à gravidez
Gastroenterite	Pielonefrite	Cetoacidose diabética	Pseudotumor cerebral	Toxicidade ou intolerância a medicamentos	Esteatose hepática aguda da gravidez
Gastroparesia	Uremia	Porfiria	Lesões vestibulares		
Acalasia	Torção ovariana	Doença de Addison	Enxaqueca	Condições psicológicas	Pré-eclâmpsia
Doença do trato biliar	Calculose renal	Hipertireoidismo	Tumores do sistema nervoso central		
Hepatite	Leiomioma uterino em degeneração	Hiperparatireoidismo	Hipofisite linfocítica		
Obstrução intestinal					
Úlcera péptica					
Pancreatite					
Apendicite					

2. Tratamento

São recomendadas refeições frequentes (cada uma a duas horas) e em pequenas quantidades. Devem-se evitar alimentos picantes ou gordurosos; comer alimentos secos ou suaves, lanches ricos em proteínas ou biscoitos pela manhã antes de se levantar. Diversos vegetais (repolho, brócolis, couve-manteiga), por terem efeito redutor de colonização por H. pylori, podem ser adjuvantes no controle dos sintomas, além de serem hepatoprotetores.

A percepção da mulher sobre a gravidade de seus sintomas e seu desejo de tratamento influencia a tomada de decisão clínica. Recomendações para aliviar os sinais iniciais de NVGs incluem repouso e evitar estímulos sensoriais, como odores, calor, umidade, ruído ou estímulos luminosos, que podem provocar sintomas.

Além dessas orientações básicas, entre as medidas terapêuticas não farmacológicas destacam-se o apoio psicoemocional, a aromaterapia, a hidroginástica e outras atividades físicas de baixo impacto articular. Técnicas de acupressão e acupuntura podem ser úteis; o ponto clássico preconizado é o PC6 (pericárdio 6), a duas polegadas proximais à prega distal do punho, entre os tendões do músculo palmar longo e do flexor radial do carpo. A própria gestante poderá pressionar esse ponto até melhorar.

O uso de vitaminas como a piridoxina (vitamina B6), na dose de 25 mg, a cada oito horas, e a ingestão do gengibre, na dose de 250 mg, a cada seis horas, podem ser úteis.

Na terapêutica farmacológica, destacam-se os seguintes medicamentos:

Ondansetrona: muito efetiva tanto nos casos mais leves como nos mais graves, apresentando baixa incidência de efeitos colaterais, sendo o principal o flush facial. Pode ser utilizada por via oral e intravenosa. Embora alguns estudos tenham mostrado um aumento do risco de defeitos congênitos (cardíacos e orofaciais) com o uso precoce de ondansetrona, outros estudos não o fizeram, e o risco absoluto para qualquer feto é baixo. No entanto, as mulheres devem ser aconselhadas sobre os dados disponíveis, e o uso de ondansetrona antes de dez semanas de gestação deve ser individualizada quanto aos riscos e benefícios.

O uso de vitaminas como a piridoxina (vitamina B6), na dose de 25 mg, a cada oito horas, e a ingestão do gengibre, na dose de 250 mg, a cada seis horas, podem ser úteis.

Na terapêutica farmacológica, destacam-se os seguintes medicamentos:

Ondansetrona: muito efetiva tanto nos casos mais leves como nos mais graves, apresentando baixa incidência de efeitos colaterais, sendo o principal o flush facial. Pode ser utilizada por via oral e intravenosa. Embora alguns estudos tenham mostrado um aumento do risco de defeitos congênitos (cardíacos e orofaciais) com o uso precoce de ondansetrona, outros estudos não o fizeram, e o risco absoluto para qualquer feto é baixo. No entanto, as mulheres devem ser aconselhadas sobre os dados disponíveis, e o uso de ondansetrona antes de dez semanas de gestação deve ser individualizada quanto aos riscos e benefícios.

Metoclopramida/clorpromazina: esses medicamentos podem ser administrados por via oral, retal, intramuscular ou intravenosa. Efeitos adversos desses medicamentos incluem boca seca, sonolência, distonia e sedação.

Anti-histamínicos (dimenidrinato, meclizina, prometazina): utilizados por via oral. Os efeitos adversos comuns incluem sedação, boca seca, tontura e prisão de ventre.

3. Recomendações finais

Nas formas leves das náuseas e dos vômitos da gestante, as medidas nãofarmacológicasefarmacológicasporviaoralapresentambonsresultados rapidamente, e o tratamento deve ser ambulatorial. Nas formas moderadas e graves, a gestante deve ser abordada de maneira multidisciplinar em ambiente hospitalar.

Internação: necessária tanto para o tratamento como para retirar a paciente do ambiente de estresse:

•Controle de peso e de diurese diário.

•Correção de distúrbios hidroeletrolíticos.

•Evitar suplementação de derivados de ferro, pois aumentam os sintomas.

•Apoio psicológico, em especial da família, e, se necessário, recorrer à psicoterapia.

Alimentação: jejum por 24 a 48 horas ou até a estabilização do quadro, retornando progressivamente à dieta líquida e, em seguida, a alimentos sólidos. Dar preferência a alimentos pobres em lipídios e ricos em carboidratos, em pequenas porções e pequenos intervalos (3 em 3 horas).

Hidratação venosa e reposição iônica:

•Após avaliar o grau de desidratação e desnutrição, as perdas eméticas e o volume urinário, deve-se então programar a reposição subsequente. A reposição deve ser feita preferencialmente por solução glicofisiológica. O ideal é a reposição de 2.000 mL a 4.000 mL em 24 horas, não devendo exceder 6.000 mL/24 horas.

•Medicamentos: recomenda-se a dose de 8,0 mg de ondansetrona por via venosa a cada seis horas. O antiemético de segunda escolha nesse quadro será a metoclopramida na dose de 10 mg, via venosa, a cada seis horas. Em casos complexos e de difícil controle, a paciente pode necessitar de alimentação parenteral. Os casos de comprometimento neurológico severo (como a psicose de Wernicke) devem ser medicados com doses altas de corticoides, além das outras medidas de controle metabólico.

Atenção:

•Tratamento precoce de náuseas e vômitos durante a gravidez pode ser benéfico para prevenir a progressão para hiperêmese gravídica.

•A hidratação intravenosa deve ser usada para o paciente que não tolera líquidos orais por um período prolongado ou se houver sinais clínicos de desidratação. A correção da cetose e de deficiência de vitaminas deve ser fortemente considerada. Dextrose e vitaminas devem ser

incluídas na terapia quando os vômitos prolongados estivem presente, a tiamina deve ser administrada antes da infusão de dextrose para prevenir encefalopatia de Wernicke.

•Alimentação por sonda enteral (nasogástrica ou nasoduodenal) deve ser iniciada como o tratamento de primeira linha para fornecer suporte nutricional à mulher com hiperemese gravídica que não responde à terapia e não consegue manter seu peso.

•Cateteres centrais inseridos perifericamente não devem ser usados rotineiramente em mulheres com hiperêmese gravídica, dadas as complicações significativas associadas com essa intervenção. A inserção de cateteres centrais deve ser utilizada apenas como último recurso no manejo de uma mulher com hiperêmese gravídica por causa do potencial de morbidade materna grave.

Histórico de modificações

02/01/2023: Criação do protocolo.

02/01/2025: Revisado sem alterações.

Assinaturas

Dr. Rodrigo Navarro
Cirurgia Geral
CRM/SP 200.125

Descrição

1. INTRODUÇÃO

A sepse é definida pela presença de uma infecção associada a uma disfunção orgânica nova determinada pelo *Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment* - Escore SOFA ≥ 2. Para o diagnóstico de choque séptico, utiliza-se como critério a presença de hipotensão arterial com necessidade de vasopressor para manter pressão arterial média ou igual a 65 mmHg e lactato sérico acima de 18 mg/dL, após reposição volêmica adequada (1).

2. ASSISTENCIAL

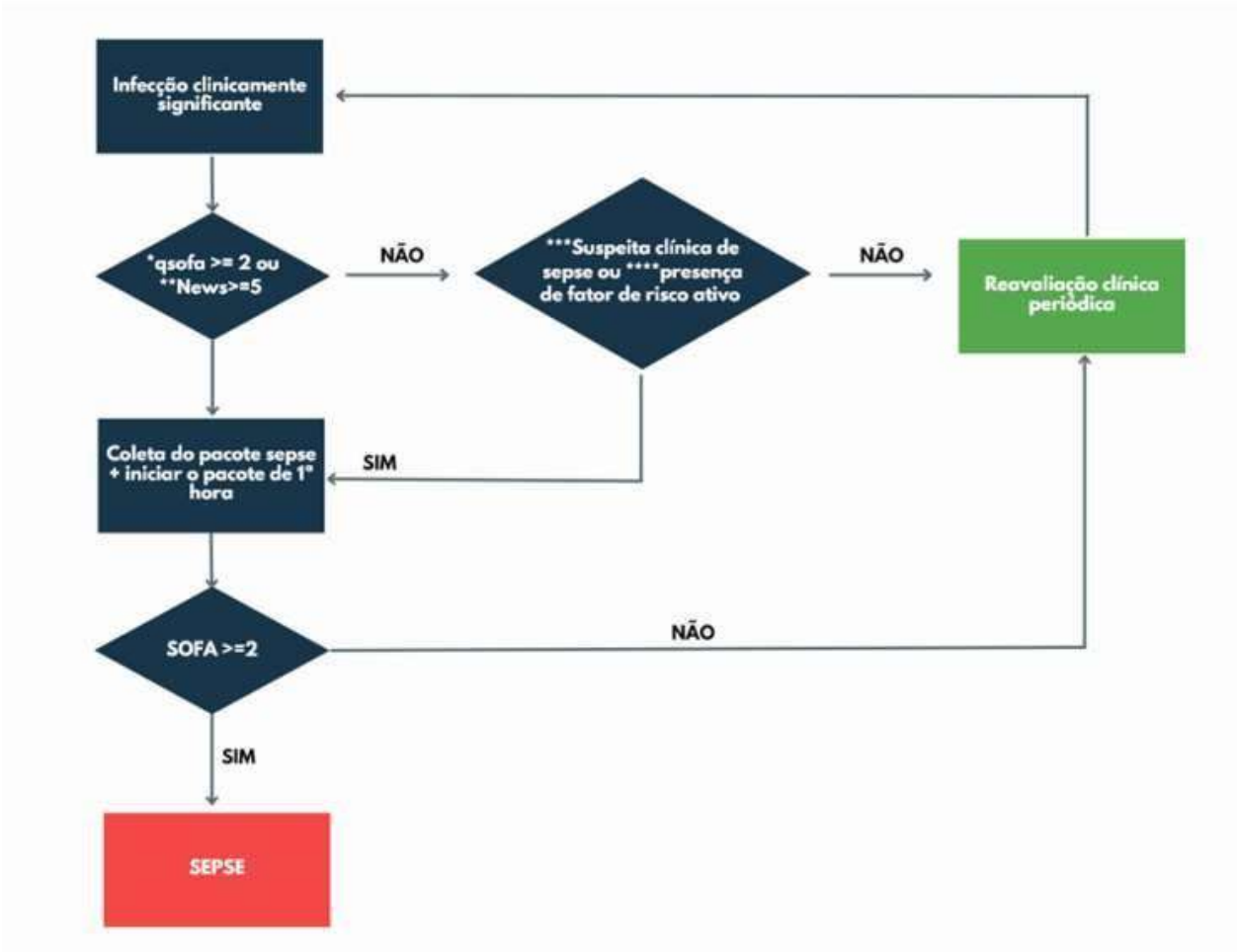
2.2.1 TRIAGEM

Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem qualquer um dos escores ou itens abaixo:

- Escore News ≥ 5 ou 3 exclusivo;
- SOFA positivo;
- Suspeita clínica de sepse (sinais clínicos de disfunção orgânica nova, como hipotensão arterial, saturação de oxigênio baixa pela oximetria de pulso, dispneia com aumento da necessidade de oxigênio/suporte respiratório, alteração do nível de consciência ou oligúria)
- Presença de quaisquer fatores de risco ativos (imunossupressão, quimioterapia, hepatopatia grave)

Devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do Pacote Sepse.

Fluxograma de atendimento inicial dos pacientes com suspeita de sepse



2.2.2 ESCORES

O escore SOFA, desenvolvido para a avaliação inicial e progressiva de disfunções orgânicas deve ser calculado após coleta dos exames do protocolo sepse.

2.2.3 SOFA

Critérios fisiológicos e laboratoriais	Pontuações				
	0	1	2	3	4
Pa $0_2/FiO_2$	≥ 400	300 a 399	200 a 299	100 a 199	< 100
Plaquetas ($x10^3uL$)	≥ 150	100 a 149	50 a 99	20 a 49	< 20
Bilirrubina(mg/dL)	< 1,2	1,2 a 1,9	2 a 5,9	6 a 11,9	≥12
Pressão	PAM ≥ 70mmHg	PAM < 70 mmHg	Dopamina [1] ≤ 5 ou uso dobutamina	Dopamina [1] 5,1 a 15 ou Noradrenalina [2] ≤ 0,1	Dopamina [1] > 15 ou Noradrenalina [2] >0,1
Glasgow	15	13 ou 14	10 a 12	6 a 9	< 6
Creatinina (mg/dL) e /ou diurese (ml/dia)	Cr< 1,2	Cr 1,2 a 1,9	Cr 2 a 3,4	Cr 3,5 a 4,9 ou diurese < 500 ml/dia	Cr ≥ 5 ou diurese < 200 ml/dia
1- Dopamina em mcg/Kg/min; 2- Noradrenalina em mcg/Kg/min					

O **qSOFA** é considerado positivo quando há pelo menos dois dos seguintes critérios clínicos:

- Frequência respiratória maior ou igual a 22 incursões por minuto;
- Alteração do nível de consciência (escore segundo a Escala de Coma de Glasgow menor do que 15);
- Pressão arterial sistólica menor ou igual a 100 mmHg.

3. **NEWS 2** (National Early Warning Score)

Baseia-se na alteração de sinais vitais como um alerta de risco de deterioração do estado de saúde do paciente. Esses escores são ferramentas de simples acesso que avaliam padrões fisiológicos e podem ser utilizados à beira do leito, avaliando o risco de deterioração clínica e alertando a necessidade de maior atenção ao estado de saúde do paciente

3.3.1 NEWS

PARÂMETROS FISIOLÓGICOS	3	2	1	0	1	2	3
Nível de Consciência				A			V, D ou NR
Temperatura	≤35,0		35,1-36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Frequência Cardíaca	≤40		41 -50	51 -90	91 -110	111 – 130	≥131
PA Sistólica	≤90	91-100	101 – 110	111 -219			≥220
Frequência Respiratória	≤8		9 -11	12 -20		21 -24	≥25
Saturação de Oxigênio	≤91	92-93	94 -95	≥96			
Qualquer Suplementação de O_2		Sim		Não			

4. EXAMES DO PACOTE SEPSE:

Bilirrubinas totais e frações, culturas apropriadas (ao menos dois pares de hemoculturas) gasometria com lactato arterial ou venoso, glicemia, hemograma com plaquetas, PCR, tempo de protrombina, ureia e creatinina.

5. TRATAMENTO

5.5.1 Pacote de 1 hora:

Deve ser garantida a coleta de lactato sérico (dentro de 30 minutos), coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior ou igual que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora, preferencialmente soro Ringer lactato. Deve-se atentar também, adicionalmente ao início da antibioticoterapia, à necessidade de procedimentos cirúrgicos para controlar o foco da infecção se indicado, como drenagem de abscessos, retirada de dispositivos invasivos, desbridamentos de feridas, dentre outros.

5.5.2 Pacote de 6 horas:

Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou tiverem lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do PACOTE DE 6 HORAS. Este perfil de pacientes está contido nos critérios de alocação em Unidade de Terapia Intensiva. Nesse pacote, após expansão volêmica inicial, deve-se reavaliar constantemente o paciente para definir nova necessidade de expansão volêmica adicional, com 500-1000 ml de cristaloides, conforme a presença de sinais de má perfusão periférica (sinais vitais, tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias ou presença de livedo) e/ou hipotensão arterial. Vale lembrar que a *Surviving Sepsis Campaign* preconiza a expansão volêmica nas primeiras 3 horas com 30 ml/Kg de cristaloides.

Referencial bibliográfico

1. Diretrizes para o Tratamento da Sepse Grave e do Choque Séptico – Latin American Sepsis Institute – Este é o resumo das diretrizes para o tratamento de pacientes com sepse grave e choque séptico publicado na íntegra em Intensive Care Medicine 2008;34:17-60.
2. Atualização ILAS (Instituto Latino Americano de Sepse), Fevereiro /2019.
3. Protocolo de Sepse – Regional Sorocaba. Notre Dame Intermédica, Hospital Modelo. 2017.
4. Sepse grave e choque séptico pediátrico – Protocolo Gerenciado. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Setembro/2015.
5. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Special Communication | CARING FOR THE CRITICALLY ILL PATIENT. Maio/2017
6. Ganjoo S, Ahmad K, Qureshi UA, Mir ZH. Clinical Epidemiology of SIRS and Sepsis in Newly Admitted Children. Indian J Pediatr. 2015;82(8):698-702.
7. Churpek MM, Zadravecz FJ, Winslow C, Howell MD, Edelson DP. Incidence and Prognostic Value of the Systemic Inflammatory Response Syndrome and Organ Dysfunctions in Ward Patients. Am J Respir Crit Care Med. 2015;192(8):958-64.
8. Dellinger R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. CritCareMed 2013 Vol 41, N2.
9. Davis AL, Carcillo JA, Aneja RK, et al. American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. Crit Care Med. 2017;45(6):1061-1093.

Histórico de modificações

20/01/2023: Criação do protocolo.
05/12/2024: Revisado sem alterações.

Assinaturas



Descrição

1. INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores que se caracteriza, clinicamente, por aumento da responsividade dessas vias a diferentes estímulos, com consequente obstrução ao fluxo aéreo, de forma recorrente e, tipicamente, reversível. A prevalência de sintomas de asma entre adolescentes no Brasil está entre as mais altas do mundo. Um estudo internacional mostrou prevalência média de broncoespasmo nessa população de aproximadamente 20%, semelhante ao reportado em uma publicação da Organização Mundial da Saúde para adultos de 18 a 45 anos de 70 países que indicou que 23% dos brasileiros tiveram sintomas de asma. No entanto, apenas 12% da amostra tinha diagnóstico clínico dessa doença. Em 2012, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), um estudo transversal realizado pelo Ministério da Saúde com 109.104 adolescentes do 9º ano de escolas públicas e privadas de todos os estados brasileiros, confirmou taxas de prevalência de sintomas de asma de 23% e de diagnóstico médico de 12%. Esta discrepância entre as frequências de sintomas e de asma diagnosticada indica a dimensão do subdiagnóstico de asma no Brasil. De 2008 a 2013, o número de óbitos e hospitalizações por asma diminuiu 10% e 36%, respectivamente. No entanto, a taxa de mortalidade hospitalar aumentou, aproximadamente, 25%7. Conforme dados de 2008 do DATASUS, a asma foi a 3ª causa de internação hospitalar pelo SUS, com cerca de 300 mil hospitalizações naquele ano. Em 2013, ocorreram 129.728 internações e 2.047 mortes por asma no Brasil. Já em 2018, o número de internações por asma no país foi de, aproximadamente, 87 mil. De uma maneira geral, o nível de controle da asma é baixo e a morbidade elevada, independentemente do país avaliado. No Brasil, as hospitalizações e a mortalidade estão diminuindo na maioria das regiões, em paralelo ao maior acesso aos tratamentos. Contudo, inquérito realizado recentemente no país mostrou que 12,3% dos asmáticos estão controlados e apenas 32% aderem ao tratamento prescrito. Além do alto impacto social, o custo da asma não controlada é muito elevado para as famílias e para o sistema de saúde. Em casos de asma grave, estima-se que comprometa mais de um quarto da renda familiar entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), mas esse custo pode ser significativamente reduzido com o controle adequado da doença. Neste contexto, o papel da equipe de saúde é fundamental ao compartilhar com o paciente os objetivos e a importância da terapia. Portadores de asma grave não controlada procuram 15 vezes mais as unidades de emergência médica e são hospitalizados 20 vezes mais que os asmáticos moderados. O conceito de controle da asma compreende dois domínios distintos: o controle das limitações clínicas atuais e a redução de riscos futuros. O primeiro compreende o mínimo de sintomas durante o dia, a ausência de sintomas à noite, a necessidade reduzida de medicamentos de alívio dos sintomas e a ausência de limitação das atividades físicas. Já o segundo

contempla as exacerbações, a perda acelerada da função pulmonar e os eventos adversos do tratamento. Com base nesses parâmetros, a asma pode ser classificada em controlada, parcialmente controlada e não controlada, cuja avaliação, em geral, é feita em relação às últimas 4 semanas. Enquanto o controle da asma expressa a intensidade com que as manifestações da asma são suprimidas pelo tratamento, a gravidade refere-se à quantidade de medicamentos necessária para atingir o controle, refletindo uma característica intrínseca da doença e que pode ser alterada lentamente com o tempo. A asma subdivide-se em gravidades de acordo com a necessidade terapêutica para controle dos sintomas e exacerbações. A gravidade não é uma característica estática, mudando ao longo de meses ou anos.

• Asma leve (Etapas I e II): é definida como aquela que fica bem controlada apenas com o uso de Corticoide Inalatório (CI) + formoterol de demanda em dispositivo inalatório único ou CI + beta 2-agonistas inalatórios de curta duração (SABA) de demanda ou CI em dose baixa de manutenção + SABA de demanda.

• Asma moderada (Etapa III): é definida como aquela que necessita, para manter o controle da asma, tratamento com CI em dose baixa + formoterol de manutenção e resgate em dispositivo inalatório único ou CI em dose baixa + beta 2-agonistas de longa duração (LABA) de manutenção + SABA de resgate.

• Asma grave (Etapas IV e V): é definida asma que requer tratamento com doses elevadas de corticosteroide inalatório (CI) e agente beta 2-agonista de longa duração (LABA) + outro medicamento controlador no ano anterior, ou uso de corticosteroide oral (CO) em pelo menos metade dos dias do ano anterior para prevenir o descontrole ou, ainda, aqueles que permanecem não controlados a despeito desta terapia.

A asma engloba diferentes fenótipos e endotipos. Fenótipo é definido como características observáveis de um organismo, resultantes da interação de seu genótipo com o ambiente. Endotipo refere-se a uma via fisiopatológica específica, responsável pelo fenótipo. Dessa forma, um endotipo engloba vários fenótipos. Atualmente, estão descritos dois endotipos, o T2 alto e o não T2 alto. O endotipo T2 é o mais comum e melhor caracterizado, engloba os fenótipos de asma grave eosinofílica alérgica e asma grave eosinofílica não alérgica. O endotipo não T2 alto compreende a asma não eosinofílica, a qual pode ser neutrofílica ou paucigranulocítica. Pacientes com asma com endótipo não T2 alto, geralmente tem início tardio, normalmente caracterizados pelo aumento de neutrófilos e responsividade diminuída aos corticoides. Os fenótipos mais comuns da asma são 22:

- Asma alérgica: geralmente começa na infância e está associada a uma história passada ou familiar de doença alérgica - como eczema, rinite alérgica ou alergia a alimentos ou medicamentos - com inflamação eosinofílica das vias aéreas.

- Asma não alérgica: ocorre em alguns adultos e o perfil celular pode ser neutrofílico, eosinofílico ou conter apenas algumas células inflamatórias (paucigranulocíticas).
- Asma de início tardio: ocorre pela primeira vez na vida adulta e, geralmente, os pacientes são refratários ao tratamento com corticosteroides.
- Asma com limitação do fluxo de ar: alguns pacientes com asma há muito tempo desenvolvem limitação fixa do fluxo de ar devido à remodelação da parede das vias aéreas.
- Asma com obesidade: alguns pacientes obesos com asma apresentam sintomas respiratórios proeminentes e pouca inflamação eosinofílica das vias aéreas.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial, assim como o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado, dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos. Este Protocolo visa a estabelecer os critérios para diagnóstico, acompanhamento e tratamento de pacientes com asma no âmbito do SUS. Foi atualizado e desenvolvido pela colaboração entre profissionais do Ministério da Saúde e especialistas nacionais, baseado em três documentos publicados recentemente: o Relatório da Iniciativa Global contra a Asma (GINA) 2020, as recomendações da Sociedade Brasileira de Pneumologia 2020 para o tratamento da asma e as recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- J45.0 - Asma predominante alérgica
- J45.1 - Asma não alérgica
- J45.8 - Asma mista.

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de asma ocorre mediante a identificação de critérios clínicos e funcionais, obtidos pela anamnese, exame físico e exames de função pulmonar (espirometria). Em crianças até quatro anos, o diagnóstico é iminentemente clínico, pela dificuldade de realização de provas funcionais. É caracterizada por um padrão de sinais e sintomas característicos:

- ✓ Sibilância
- ✓ Dispneia

- ✓ Tosse
- ✓ Cansaço
- ✓ Aperto no peito, associado à limitação reversível ao fluxo aéreo de caráter variável.

A probabilidade de que o paciente tenha asma é aumentada pela presença dos seguintes achados:

• Sibilos, dispneia, tosse, cansaço aos esforços, aperto no peito (mais do que um achado, especialmente em adultos);

• Piora dos sintomas à noite ou pela manhã;

• Variação da intensidade dos sintomas ao longo do tempo;

• Sintomas mais frequentes em vigência de infecções virais de vias aéreas;

• Sintomas são desencadeados por exposição a alérgenos, exercício, mudanças climáticas, riso, choro ou, ainda, por irritantes respiratórios, como fumaça ou cheiros fortes.

Por outro lado, os seguintes achados reduzem a probabilidade de sintomas respiratórios serem causados por asma:

• Expectoração crônica;

• Falta de ar associada à tontura ou formigamento nas extremidades (parestesias);

• Dor no peito;

• Dispneia induzida pelo exercício com inspiração ruidosa.

Como os sinais e sintomas variam ao longo do tempo e de acordo com a resposta ao tratamento, é importante documentar os achados clínicos obtidos no diagnóstico inicial.

Critérios clínicos e funcionais para o diagnóstico de Asma

4. Diagnóstico no adulto

Fator diagnóstico	Critérios para diagnóstico de asma
de curta ação e ≥15 horas para BD de longa ação.	Crianças: aumento no VEF1 >12% do valor previsto.
Variação excessiva no PFE medido duas vezes ao dia durante duas semanas*. Aumento significativo da função pulmonar após 4 semanas de tratamento anti-inflamatório.	Adultos: variabilidade diária diurna do PFE >10%**. Crianças: variabilidade diária diurna do PFE >13%**. Adultos: aumento no VEF1 >12% e >200 mL (ou >20%) no PFE em relação ao valor basal após 4 semanas de tratamento, na ausência de infecções respiratórias.
Teste de broncoprovocação com exercício*.	Adultos: queda no VEF1 >10% e >200 mL do valor basal. Crianças: queda no VEF1 >12% do valor previsto, ou >15% no PFE.
Teste de broncoprovocação positivo - geralmente realizado apenas em adultos.	Queda no VEF1 ≥20% do valor basal com doses-padrão de metacolina ou histamina ou ≥15% com hiperventilação, solução salina ou manitol.
Variação excessiva entre consultas* - menos confiável.	Adultos: variação no VEF1 >12% e >200 mL entre consultas, na ausência de infecção respiratória. Crianças: variação no VEF1 >12% ou >15% no PFE entre consultas (pode incluir medidas durante infecções respiratórias).

Legenda: CV

4.4.1 Exame físico

Indivíduos com asma apresentam, frequentemente, exame físico normal no período entre as crises. A anormalidade observada com maior frequência é a presença de sibilos expiratórios à ausculta pulmonar.

Logo da

Logo da unidade/ Município

As toxíndromes são conjuntos de sinais e sintomas baseados em processos autonômicos e neuroquímicos que podem sugerir uma classe particular de exposição e direcionar o manejo e o tratamento.

As cinco entidades tradicionalmente descritas incluem as toxíndromes simpatomiméticas, anticolinérgicas, colinérgicas, sedativas/hipnóticas e opioides. Além disso, a síndrome serotoninérgica e a síndrome neuroléptica maligna foram bem descritas.

Simpatomimética

Esta toxíndrome é definida por um estado de excesso simpatomimético, tipicamente causando os efeitos esperados da reação de "luta ou fuga". Os pacientes estão frequentemente alterados e podem estar delirantes, especialmente com a ingestão de derivados das anfetaminas, como a N-metil-3,4-metilenodioxianfetamina (MDMA).

- ✓ Tratamento de suporte

ADENDO I

Intoxicações por drogas ilícitas e álcoois

Cocaína e derivados e Intoxicação exógena

A cocaína, supostamente o estimulante mais potente de origem natural, é extraída das folhas da planta de coca (*Erythroxylum coca*), originária das terras altas dos Andes da América do Sul. Os nativos dessa região mastigam ou preparam folhas de coca em um chá para refrescar e aliviar a fadiga, semelhante aos costumes de mascar tabaco e beber chá ou café em outras culturas.

A pasta de cocaína não purificada é convertida em formas mais utilizáveis de cocaína. A base livre cristalizada do alcaloide da cocaína é conhecida como crack, o qual é inalado com o uso de um "cachimbo de crack" especialmente projetado p003 (n)3.ra

O dano aos órgãos é raro, mas pode se manifestar como uma emergência hipertensiva. O uso agudo de cocaína está associado a vasoconstrição arterial e a formação aumentada de trombos. A taquicardia e a hipertensão aumentam a demanda miocárdica de oxigênio e promovem aumento das forças de cisalhamento vascular.

Em altas concentrações sanguíneas, os efeitos inotrópicos negativos da cocaína podem causar depressão aguda da função ventricular esquerda e insuficiência cardíaca. A cocaína pode causar disritmias supraventriculares e ventriculares através de ações diretas nos receptores do miocárdio ou como complicação da isqesemia

FLUXOGRAMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ VULNERABILIDADE DO PACIENTE COM HISTÓRIA DE EXPOSIÇÃO À SUBSTÂNCIA TÓXICA

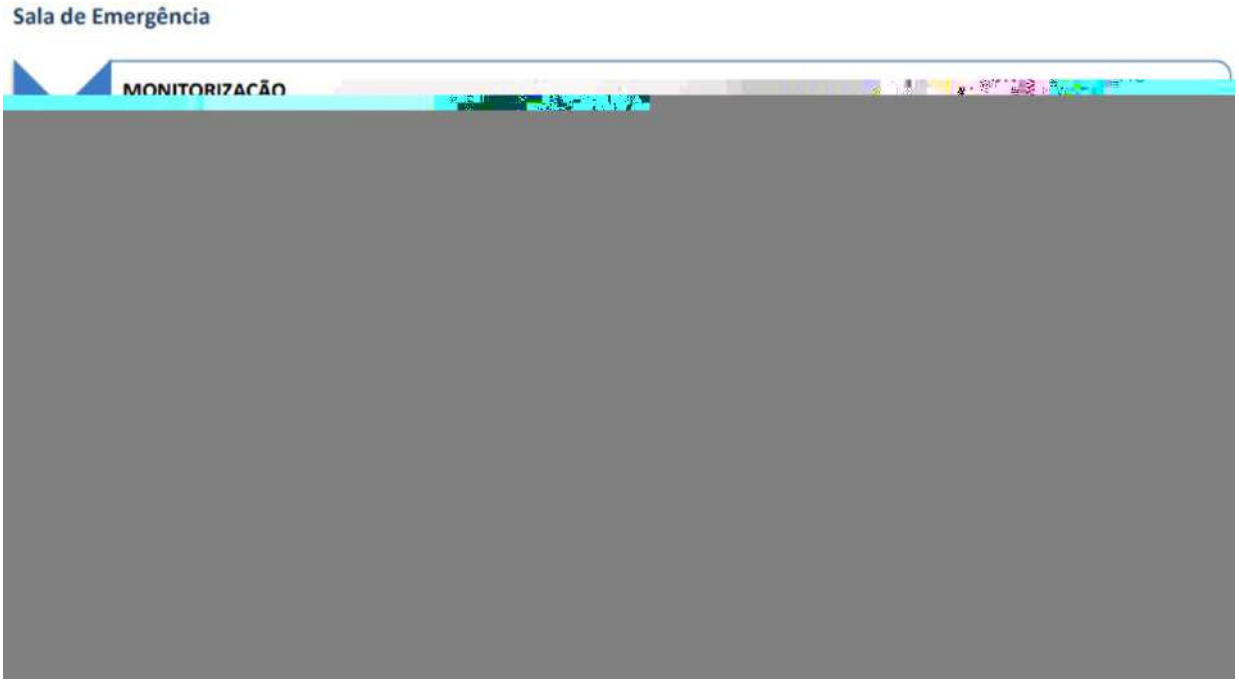


Pacientes estáveis (assintomáticos e sem alterações de sinais vitais: encaminhar para OBSERVAÇÃO e seguir atendimento proposto

Pacientes instáveis (sintomáticos ou com alteração de sinais vitais): encaminhar a SALA DE EMERGÊNCIA

Se inconsciente, seguir fluxograma de atendimento conforme recomendado pelo Pediatric Advanced Life Suport (PALS), com avaliação de responsividade, pulso e respiração. Se necessário, iniciar medidas de ressuscitação cardiopulmonar na ausência de pulso central palpável

ESTABILIZAÇÃO



Avaliação primária

Logo da unidade/ Município

Logo da unidade/ Município

POLITICA

Logo da unidade/ Município

Descrição

1. INTRODUÇÃO

Diarreia aguda consiste na mudança do hábito intestinal caracterizada pela ocorrência de eliminação de três ou mais evacuações menos consistentes ou líquidas por dia, com duração de até 14 dias, segundo a OMS. Globalmente, as doenças diarreicas representam a segunda principal causa de morte na faixa etária pediátrica. A principal causa etiológica é infecciosa, com transmissão fecal-oral. Deve investigar condições de preparo de alimentos, saneamento básico e condições de higiene.

Dois grandes grupos são responsáveis pela etiologia da diarréia:

- Causas não infecciosas: alergias (colite ou enterite por alergia a proteína do leite de vaca), intolerâncias (ex. intolerância à lactose), erros alimentares, medicamentos
- Causas infecciosas:
    1. Vírus: Norovírus, rotavírus e adenovírus.
    2. Bactérias: Salmonella spp., Shigella spp., Escherichia coli e Clostridium perfringens.
    3. Parasitas: Cryptosporidium parvum, Giardia intestinalis e Entamoeba histolytica.

Este protocolo irá abordar apenas as causas infecciosas de diarreia.

2. CLASSIFICAÇÃO

De acordo com o tempo de evolução, a doença diarréica pode ser classificada como:

- Aguda: diarreia com duração menor que 14 dias
- Persistente: diarreia com duração 14 a 28 dias
- Crônica: diarreia com duração maior que 28 dias

3. FATORES DE RISCO

Logo da unidade/ Município

A dose de ondasentrona via oral é de 0,2 a 0,4 mg/kg para crianças de 6 meses a 2 anos; 4 mg para crianças maiores de 2 anos até 30 kg; 8 mg para crianças maiores de 30 kg, com intervalos de 8/8h.

A dose endovenosa é de 0,15 mg/kg, chegando no máximo de 8 mg/dose, com intervalos de 8/8h.

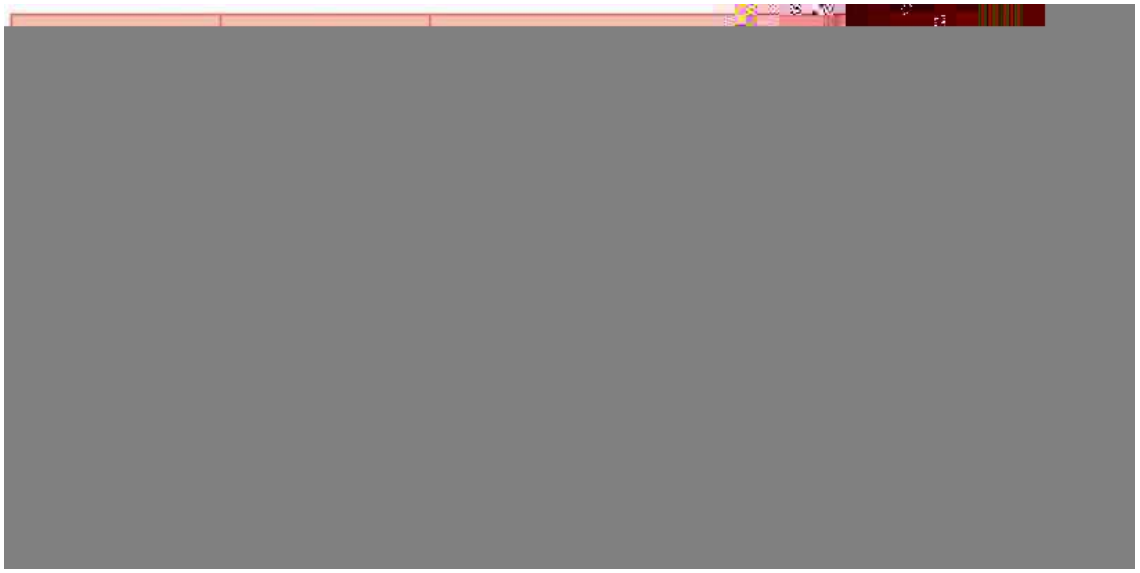
Pode ser encontrada em duas apresentações: comprimidos com 4 mg e ampola com 4mg/2 mL.

- Antipiréticos: estão indicados nos casos de febre e dor (dipirona ou paracetamol).

Dipirona: 10 a 12 mg/kg/dose, até 6/6h, dose máxima diária 25 mg/kg/dose

Paracetamol: 10-15 mg/kg/dose até 4/4h, dose máxima diária é de 75mg/kg

- Antidiarreicos: contraindicado em crianças
- Antibióticos: uso apenas em casos de diarréia com sangue (disenteria), cólera, pacientes imunossuprimidos, evolução clínica para sepse ou na presença de disenteria prolongada e debilitante. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes, causam resistência antimicrobiana e, portanto, não devem ser



OBS.: Sulfametoxazol-trimetropim está em desuso pois estudos demonstraram resistência de Shigella.

MANEJO NA INTERNAÇÃO

1. Dieta sem resíduos, líquidos e solução de reidratação oral livre
2. Soro de manutenção até recuperação total da ingesta oral
3. Suplementação de Zinco- 10 mg/dia para menores de 6 meses e 20 mg/dia para os maiores de 6 meses por 10-14 dias
4. Ondansetrona em casos de vômitos e náuseas persistentes.
5. Antitérmico se necessário
6. Precauções de contato

- (Blood pressure): pressão arterial sistólica < 90 mmHg ou pressão arterial diastólica < 60 mmHg; e Idade ≥ 65 anos. A forma simplificada (CRB-65), sem a dosagem de ureia, é útil em ambientes nos quais exames laboratoriais não estão disponíveis, como na atenção primária.

peptídeo atrial natriurético, D-dímeros, cortisol, dentre outros), sendo os mais estudados a proteína C reativa e a procalcitonina. A procalcitonina é produzida em grande quantidade pelas células parenquimatosas em resposta a toxinas bacterianas e citocinas pró-inflamatórias, mas é pouco produzida na presença de infecções virais. Os níveis de procalcitonina se elevam dentro de 2 h após o estímulo bacteriano, mais rapidamente do que a elevação da proteina C reativa, sendo ainda mais específica para infecções bacterianas, uma vez que a proteina C reativa se eleva em qualquer processo inflamatório.

A proteina C reativa é secretada pelas células hepáticas em resposta à elevação das interleucinas 6,1β e TNF-α. Outras fontes da proteina C reativa reconhecidas são os linfócitos, monócitos, neurônios e placas ateroscleróticas. O pico da proteina C reativa ocorre ao redor de 48 h após o estímulo agressor, e a meia vida plasmática é ao redor de 19 h tanto na saúde como na doença. Müller et al. demonstraram uma melhora significativa na acurácia diagnóstica quando acrescentaram a dosagem de procalcitonina e proteina C reativa aos sinais e sintomas clínicos nos pacientes com suspeita de PAC atendidos na assistência primária e na emergência. Esses biomarcadores apresentaram melhor desempenho do que a elevação do número de leucócitos e temperatura, auxiliando também a diferenciar pacientes com e sem bacteremia. A área sob a curva dos sinais clínicos e sintomas isolados foi 0,79 (IC95%: 0,75-0,83) e, adicionando procalcitonina e proteina C reativa ultrassensível, ela foi 0,92 (IC95%: 0,89-0,94; p < 0,001). Um estudo recente avaliou o valor de quatro biomarcadores e três escalas de gravidade para predizer a mortalidade em 28 dias de pacientes com PAC atendidos na emergência. Os resultados mostraram que a procalcitonina foi o melhor biomarcador isolado para predizer a mortalidade. Os modelos que combinaram a procalcitonina e/ou proteina C reativa com o PSI demonstraram melhor resultado do que o PSI isolado.

Recentemente, um estudo demonstrou que se a proteína C reativa não cai 50% do seu nível no terceiro dia de tratamento e permanece acima de 75 mg/l, há maior risco de morte em 30 dias.(54) Um estudo com 191 pacientes com PAC internados em UTI mostrou que aqueles 66 pacientes com rápido declínio da proteína C reativa tiveram mortalidade de 4,8%; 81 com declínio lento tiveram 17,3% de mortalidade; e 44 sem redução na proteína C reativa tiveram mortalidade de

36,4%.(55) Dessa forma, baseado nesses estudos, pode-se utilizar a procalcitonina como auxílio ao diagnóstico da PAC, assim como a procalcitonina e/ou proteina C reativa podem ser utilizadas na avaliação da resposta ao tratamento. É importante salientar que o uso dos biomarcadores deve ser complementar à avaliação clínica e não ser tomado como um critério isolado para estabelecer ou modificar a conduta terapêutica

Quadro 4. Vantagens e desvantagens do uso de biomarcadores em doenças infecciosas.

Vantagens
Fornece informações que são específicas para infecções que necessitam antibióticos
Níveis elevados nas infecções bacterianas e baixo nas infecções virais
Níveis se elevam rapidamente nas infecções bacterianas
Resposta não depende do organismo
Níveis podem estar alterados no início da doença, antes das anormalidades clínicas e radiológicas
Podem auxiliar na definição do prognóstico
Aumentam o rendimento dos escores de gravidade
Auxiliam a monitoração da resposta terapêutica
Podem ser mais específicos do que as manifestações clínicas
Podem auxiliar para reduzir o uso de antibióticos sem consequências adversas.
Desvantagens
Resultados podem ser conflitantes com a avaliação clínica cuidadosa
Uso prévio de antibióticos pode reduzir níveis rapidamente e dar achados falso-negativos
Pode não diferenciar patógenos atípicos de pneumonia viral
Nem sempre reconhece infecção bacteriana complicando influenza
Não distingue pneumonia aspirativa química de aspiração bacteriana secundária

Adaptado de Müller et al.[52]

- Em caso de febre, deve-se adiar a vacinação até que ocorra remissão do sinal
- No caso de história de síndrome de Guillain-Barré até seis semanas após a dose anterior da vacina, recomenda-se avaliação médica criteriosa sobre o risco-benefício antes de se administrar uma nova dose;
- Excetuando-se os casos aqui citados, não são necessários cuidados especiais antes da vacinação;
- Compressas frias aliviam a reação no local da aplicação, e, em casos mais intensos, pode-se usar medicação para dor sob recomendação médica;
- Qualquer sintoma grave e/ou inesperado após a vacinação deve ser notificado ao serviço que a realizou;
- Sintomas de eventos adversos persistentes, que se prolongam por mais que 72 h (dependendo do sintoma), devem ser investigados para a verificação de outras causas

Vacina antipneumocócica

Atualmente, dispõe-se de dois tipos de vacinas: uma vacina polissacarídica 23-valente (VPP23),

Um esquema sequencial de PCV13 e VPP23 está recomendado rotineiramente pela Sociedade Brasileira de Imunizações para indivíduos com 60 anos ou mais. (125) Para indivíduos com algumas comorbidades, um esquema sequencial de PCV13 e VPP23 está recomendado. Deve-se iniciar com uma dose da PCV13, seguida de uma dose de VPP23 6-12 meses após, e uma segunda dose de VPP23 5 anos após a primeira. No caso de pessoas que já receberam uma dose de VPP23, recomenda-se o intervalo de 1 ano para a aplicação de PCV13. A segunda dose de VPP23 deve ser feita 5 anos após a primeira, mantendo-se um intervalo de 6-12 meses da PCV13. Para os que já receberam duas doses de VPP23, recomenda-se uma dose de PCV13 com um intervalo mínimo de 1 ano após a última dose de VPP23. Se a segunda dose de VPP23 foi aplicada antes dos 65 anos, está recomendada uma terceira dose depois dessa idade, com intervalo mínimo de 5 anos da última dose. Segundo este calendário, a vacinação entre 50-59 anos com PCV13 pode ser feita a critério do médico assistente. As vacinas polissacarídicas resultam na redução da ocorrência de doença pneumocócica invasiva na população adulta e têm menor efetividade na prevenção de PAC em pacientes com redução da imunidade. A vacina conjugada resulta na redução de 45,6% de casos de PAC pelos sorotipos vacinais, de 45% de casos de pneumonias bacterianas e de 75% de doença pneumocócica invasiva. A vacina está indicada para casos de risco aumentado de PAC.

Indicações da vacina

- Adultos com idade igual ou superior a 60 anos;
- Indivíduos com idade entre 2 e 59 anos, com doença crônica cardíaca, pulmonar, doença falciforme, diabetes, alcoolismo, cirrose hepática, fístulas cérebro-espinhais ou implantes cocleares;
- Indivíduos com idade entre 2 e 59 anos, com doença ou condição imunossupressora, como doença de Hodgkin, linfoma ou leucemia, insuficiência renal, mieloma múltiplo, síndrome nefrótica, infecção por HIV ou AIDS, doença esplênica ou asplenia, e transplantados de órgãos;

- Indivíduos com idade entre 2 e 59 anos que utilizem drogas imunossupressoras, como tratamento com corticoides por longo prazo, drogas utilizadas no tratamento de câncer ou que tenham passado por radioterapia;
- Adultos

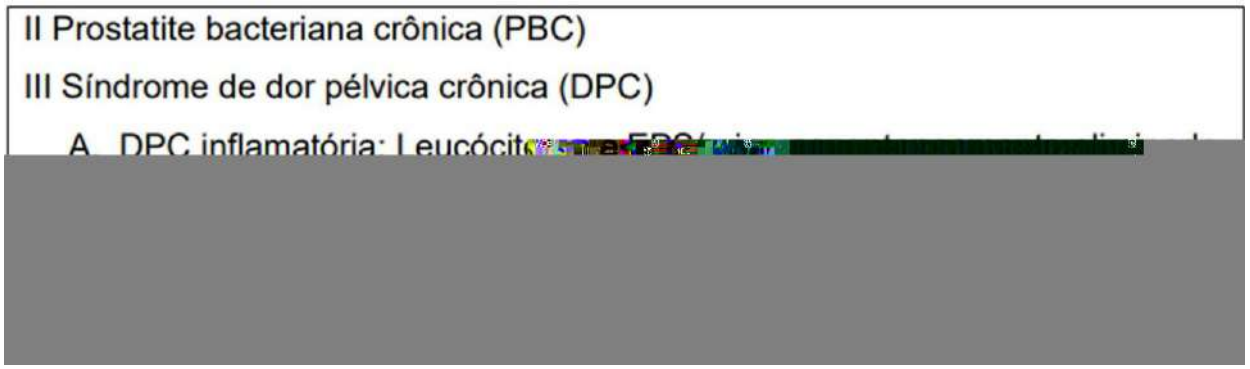
Logo da unidade/ Município

As definições de bacterúria e piúria estão listadas na Tabela 2.



Recomenda-se a classificação de acordo com NIDDK/NIH (Tabela 3).

2.2.4



Epididimites, orquites

A maioria dos casos de epididimites, com ou sem orquite, são causadas por patógeno urinários comuns. A obstrução do colo vesical e malformações urogenitais são fatores de risco para este tipo de infecção. Deve ser considerada a infecção por Chlamydia trachomatis na população masculina jovem.

2.2.5 Diagnóstico

2.2.6 ITU (geral)

Para o diagnóstico de rotina são recomendados: história da doença, exame físico e exame de urina com fita reagente, incluindo leucócitos e hemácias e reação de nitritos. Em todos os tipos de ITU exceto em episódios isolados de ITU inferior não complicada (cistite) em mulheres saudáveis na pré – menopausa, é recomendada a urocultura, que permite o ajuste do tratamento antimicrobiano se necessário.

2.2.7 Pielonefrite

Em caso de suspeita de pielonefrite pode ser necessária a avaliação do trato urinário superior para excluir obstrução do trato urinário superior ou doença calculosa.

2.2.8 Uretrites

As uretrites piogênicas são diagnosticadas pela coloração de gram da secreção ou do esfregaço uretral, que mostra mais de 5 leucócitos por campo de grande aumento (x1.000) e no caso de

gonorréia, verifica-se a presença de gonococos na forma de diplococos intracelulares gram negativos. Um teste de esterase leucocitária positivo ou mais de 10 leucócitos por campo de grande aumento (x400) no primeiro jato de urina é diagnóstico.

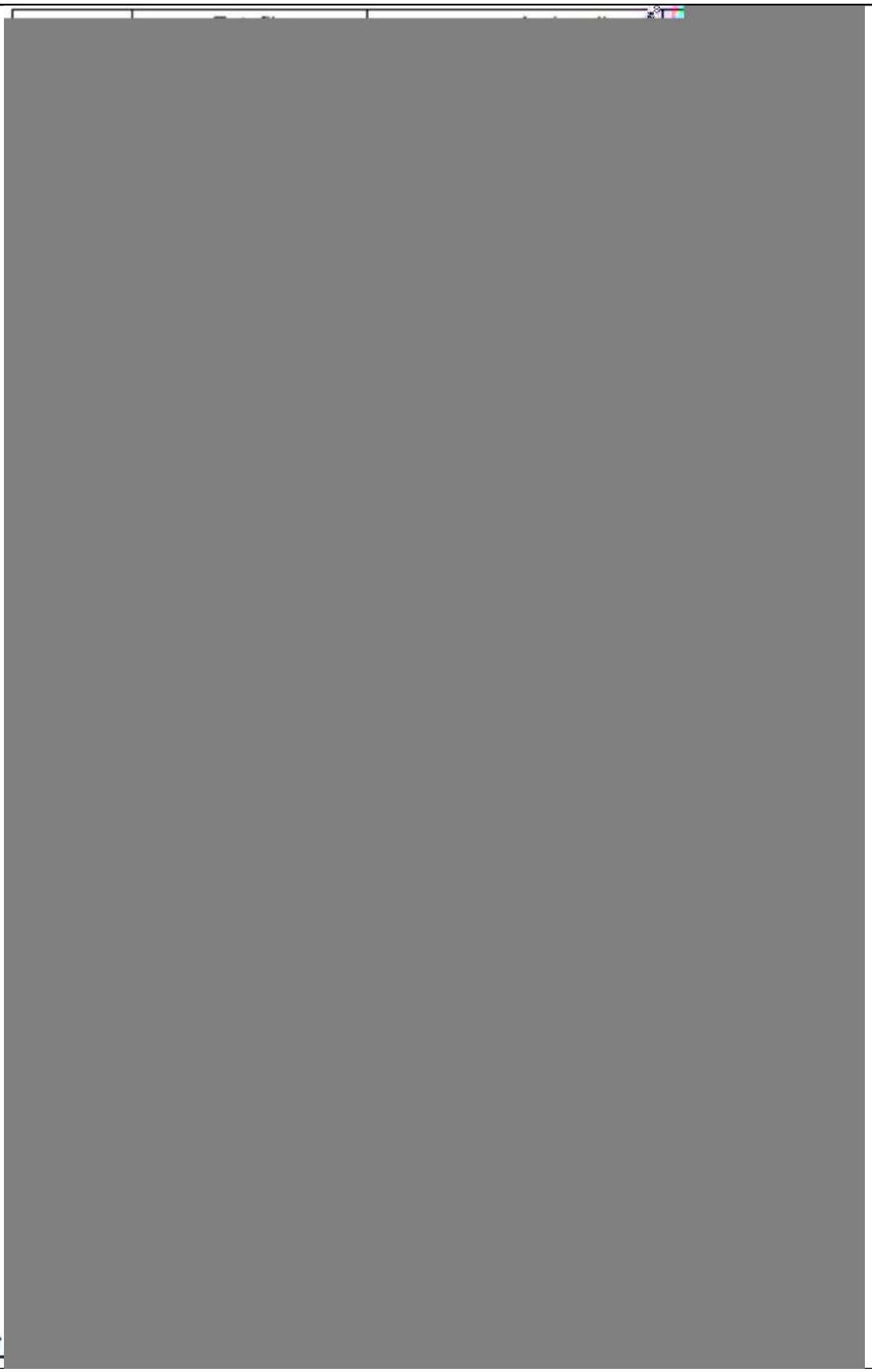
2.2.9 Prostatite/ DPC

Em pacientes com sintomas sugestivos de prostatite, deve ser feita uma tentativa de diferenciar a prostatite bacteriana de DPC. A melhor maneira para esta diferenciação é o teste de quatro frascos de acordo com Mearse & Stamey, se puderem ser excluídas ITU aguda e DST.

Tratamento **e profilaxia**

O tratamento da ITU depende de vários fatores. A Tabela 4 fornece uma visão geral dos patógenos mais comuns, dos agentes antimicrobianos e da duração do tratamento nas diferentes condições. O esquema mostrado na Tabela 5 tem efeito documentado na prevenção de ITUs recidivantes.





3.3.1 ITU na gravidez

A bacteriúria assintomática é tratada por 7 dias com base no antibiograma.

Para infecções recidivantes (sintomáticas ou assintomáticas) utilizar cefalexina 125-250mg/dia ou nitrofurantoína 50mg/dia, para profilaxia.

ITU na mulher após a menopausa

Em mulheres com infecções recorrentes, recomenda-se estriol (estrógeno) intravaginal. Se isto não for eficaz, deve-se adicionar antibióticos profiláticos

3.3.2 ITU em crianças

O período de tratamento deve ser superior a 7-10 dias. As tetraciclinas e as fluoroquinolonas não devem ser utilizadas devido aos efeitos colaterais nos dentes e nas cartilagens.

3.3.3 ITU aguda não complicada em homem jovem

O tratamento deve durar pelo menos 7 dias

3.3.4 ITU complicada devido a doenças urológicas

A doença de base deve ser tratada caso se busque uma cura permanente.

Sempre que possível, o tratamento deve ser guiado pela urocultura para evitar o surgimento de cepas resistentes.

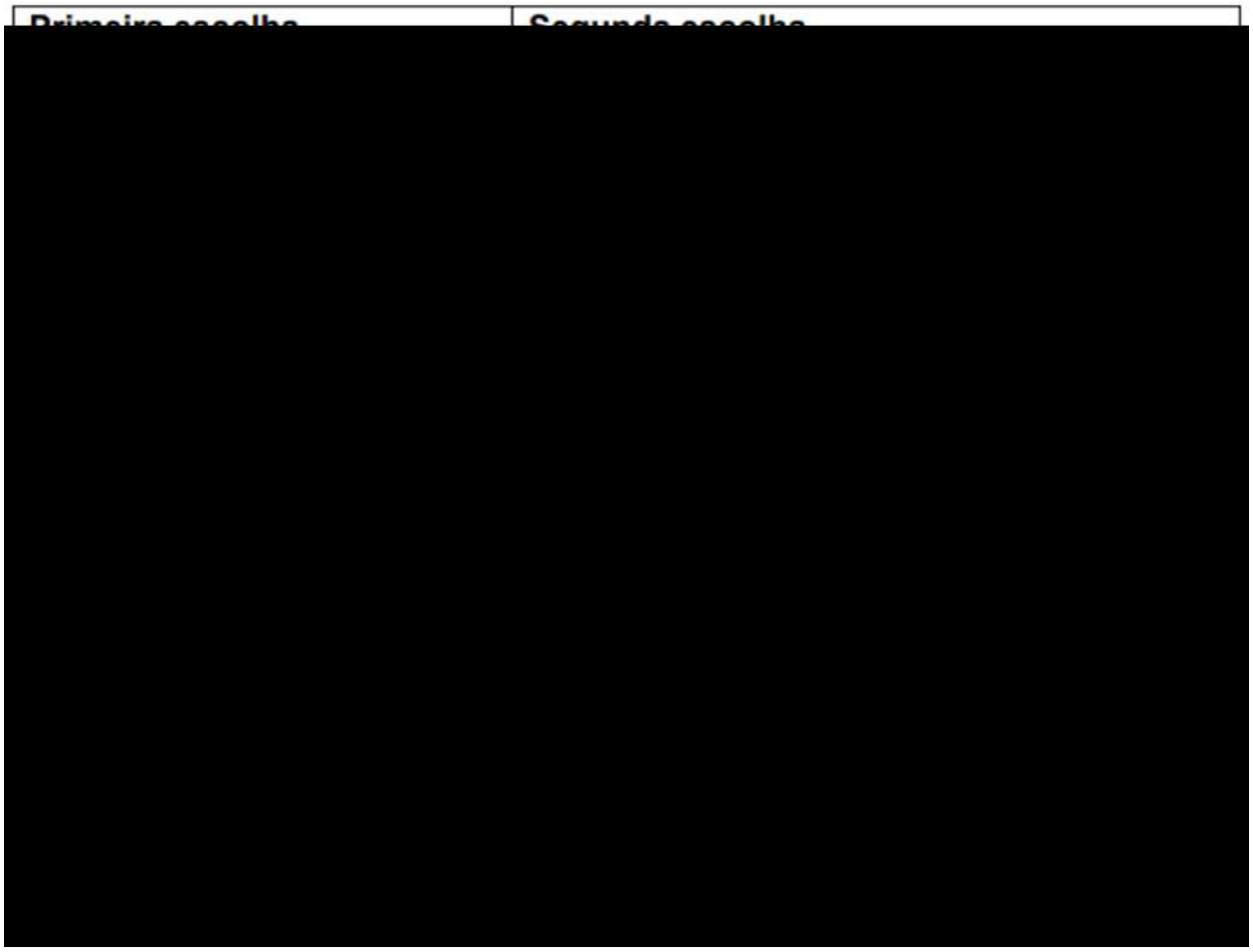
4. Sepsis em

• Em homens com ITU, a avaliação urológica deve ser realizada em pacientes adolescentes, nos casos de infecções recidivastes e em todos os casos de pielonefrite. Esta recomendação também deve ser seguida para pacientes com prostatites, epididimites e orquites.

• Em crianças, são indicadas investigações após 2 episódios em meninas e um episódio em meninos. As investigações recomendadas incluem ultrassonografia do trato urinário suplementada por cistografia miccional.

5. Uretrites

As seguintes diretrizes para o tratamento estão de acordo com as recomendações do ”Center for



Disease Control and Prevention” (CDC) (2002).Para o tratamento da gonorréia, são recomendados os seguintes antimicrobianos:

Se o tratamento falhar, deve ser considerada a infecção por Trichomonas vaginalis e/ou Mycoplasma spp. Elas podem ser tratadas com uma associação de metronidazol (2g por via oral em dose única) e eritromicina (500mg, por via oral, 4 vezes ao dia, por 7dias)

6. Prostatites

A prostatite bacteriana aguda pode ser uma infecção grave. A administração parenteral de altas doses de agentes antibióticos bactericidas, como um amino glicosídeo e um derivado de penicilina ou uma cefalosporina de terceira geração, é necessária até que ocorra “defeverescence” (diminuição) e os parâmetros de infecção retornem ao normal. Em casos menos graves, pode ser administrada uma fluoroquinolona por via oral por pelo menos 10 dias. Na prostatite bacteriana crônica e DPC inflamatória, devem ser administrados fluoroquinolona ou trimetropim por via oral por duas semanas após o diagnóstico inicial. O paciente deve ser reavaliado a seguir e os antibióticos devem ser mantidos apenas se as culturas pré- tratamento forem positivas ou se o paciente relatar efeitos positivos do tratamento. É recomendado um período total de tratamento de 4-6 semanas.

7.



				de risco
Ureteroscopia para cálculo distal não complicado	Enterobactérias Enterococo	Não	TMP±SMX Cefalosporina de segunda ou	Considerar em pac

10 . Exames complementares

Urina tipo I

Se poliúria, exame torna-se menos expressivo e até mesmo normal, mesmo na vigência de ITU. Nestes casos deve-se valorizar mais os sintomas, mesmo com pouca leucocitúria.

A leucocitúria é o parâmetro mais utilizado pelo médico generalista, contudo, sua baixa sensibilidade e especificidade tem grande potencial de induzir a erros de interpretação. Importante ressaltar que o achado de células epiteliais na análise da amostra de urina é fortemente indicativo de contaminação durante a coleta do material. Instrumentação cirúrgica do trato urinário recente e presença de cateter duplo J podem provocar o surgimento de leucocitúria, sem ITU.

A leucocitúria, hematúria e cilindrúria são só sugestivas de ITU, mas não permitem seu diagnóstico definitivo. A presença e nitrito é sugestiva de ITU, mas também não permite diagnóstico definitivo.

Urocultura

É o "padrão-ouro" para diagnóstico de ITU, porém o custo adicional e o tempo de execução de 24 a 48 horas limita seu uso em pronto-socorro. Ainda assim justifica-se sua realização para checagem oportuna que possa ratificar o tratamento ou mesmo orientar sua mudança posteriormente. Importante: a amostra deve ser colhida preferencialmente antes do início de antibioticoterapia empírica (caso esteja indicada).

USG de rins e vias urinárias ou outros exames de imagem – indicados em pronto-atendimento apenas na suspeita de pielonefrite ou complicações. Indicado também na suspeita de outros diagnósticos.

11 . Tratamento

- A antibioticoterapia empírica deve ser iniciada logo após a coleta adequada da urocultura, uma vez que seu resultado demora de 1 a 5 dias.
- A escolha do antimicrobiano mais adequado baseia-se no antibiograma (caso disponível), na observação da resposta ao tratamento prévio com antibióticos empírico e na ocorrência de recorrência ou reinfecção.
- Recomendação da infectologia e SCIH (vide tabelas 1 e 2), sugerida a partir do perfil de sensibilidade da microbiota da Unidade de Saúde (vide tabela 3).

11.1 Em quem considerar a internação hospitalar:

Grupos especiais:

• Paciente diabético: ITU pode elevar níveis glicêmicos e descompensar o DM, e também aumentar a incidência de complicações: pielonefrite enfisematosa, abcessos perinéfrico e necrose de papila. Se infecção de repetição ou descompensação clínica, considerar antibiótico EV com paciente internado.

• Pacientes imunossuprimidos: pacientes em uso de imunossupressor e naqueles com transplante renal devido à mudança da anatomia. Além dos agentes habituais, pode haver uma maior incidência viral, contudo no Pronto Socorro esse diagnostico diferencial não é realizado, devendo a maioria ser internada para melhor definição diagnóstica.

• Idoso: avaliar a condição clínica, infecção reincidivante e sintomas atípicos (desorientação, inapetência).

• Uropatia obstrutiva: pacientes com ITU associada ou decorrente de obstrução urinária (exemplo: cálculo ureteral obstrutivo) devem ser internados e preparados para desobstrução do trato urinário com rapidez (notificar urologista de imediato).

12 . Diagnósticos diferenciais

Dentre os diagnósticos diferenciais mais comuns podemos destacar calculose ureteral e infecções ginecológicas e gastrointestinais.

O quadro clínico de infecções genitais por Chlamydia trachomatis muitas vezes é indistinguível do quadro de infecções de trato urinário. A presença de secreção vaginal, antecedente sexual e dor abdomino-pélvica são importantes na diferenciação desse diagnóstico, muitas vezes negligenciado no atendimento.

Suspeita de doença de outro foco como do aparelho ginecológico / reprodutor: Balanopostite ou vulvovaginite:

Leucorréia acompanhada de eritema, edema ou exulceração da região periuretral.

13 . Orientações de alta

1. Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI). Diretrizes para o diagnóstico e tratamento das infecções do trato urinário. 2020.
2. Associação Médica Brasileira (AMB); Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). Diretrizes AMB/SBU: Infecção do trato urinário – 2020.
3. Naber, K. G., et al. (2008). Guidelines on urological infections. *European Urology*, 54(6), 1165–1179. DOI: 10.1016/j.eururo.2008.03.037
4. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) Classification and Treatment. NIH.
5. Mearse, E. M., & Stamey, T. A. (1968). Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Investigative Urology*, 5(5), 492-518.
6. Linhares, I., Raposo, T., Rodrigues, A., & Almeida, A. (2015). Frequency and antimicrobial resistance patterns of bacteria implicated in community urinary tract infections: a ten-year surveillance study (2000–2009). *BMC Infectious Diseases*, 15, 19. DOI: 10.1186/s12879-015-0744-2
7. Cunha, B. A. (2016). Urinary Tract Infections. In: *Infectious Disease Clinics of North America*, 30(1), 103–122.
8. Silva, C. A. et al. (2022). Piúria: conceitos e importância clínica. *Revista Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial*, 58(1), 23–30.
9. UpToDate. Acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women. Atualizado em 2024.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Infecção do Trato Urinário. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Histórico de modificações

14/11/2024 – Criação do documento.

Assinaturas



Classificação Internacional De Doenças (CID 10) - Diagnóstico
N39.0 – Infecção do trato urinário, local não especificado N10 – Nefrite tubulointersticial aguda (geralmente usada para pielonefrite aguda) N11.0 Pielonefrite não-obstrutiva crônica associada a refluxo N30.0 – Cistite aguda (infecção na bexiga) N30.9 – Cistite, não especificada N34.1 – Uretrite não especificada
Definição
As infecções do trato urinário (ITU) representam uma condição clínica frequente e relevante durante a infância. O diagnóstico em crianças pode ser desafiador, especialmente nos primeiros anos de vida, devido à apresentação clínica muitas vezes inespecífica e às dificuldades na obtenção de amostras de urina confiáveis. Esses fatores podem levar a diagnósticos equivocados e, consequentemente, a manejos inadequados. Identificar e tratar corretamente a ITU na infância é essencial para evitar complicações futuras, como cicatrizes renais permanentes, desenvolvimento de doença renal crônica, hipertensão arterial em crianças e até pré-eclâmpsia em mulheres na vida adulta. Por isso, é fundamental que a investigação diagnóstica seja conduzida com critério, evitando erros que possam resultar em exames invasivos desnecessários, de alto custo, e em um acompanhamento médico prolongado. O público afetado abrange desde recém-nascidos até crianças com até 12 anos de idade incompletos, que apresentem sinais clínicos compatíveis com infecção urinária. A infecção do trato urinário (ITU) caracteriza-se pela presença de microrganismos patogênicos no sistema urinário, levando a um quadro inflamatório com manifestações clínicas. Trata-se da segunda infecção bacteriana mais comum na faixa etária pediátrica, acometendo cerca de 8,4% das meninas e 1,7% dos meninos com menos de sete anos, apresentando ainda um risco significativo de recorrência no primeiro ano após o episódio inicial.

Durante o primeiro ano de vida, a incidência da ITU é semelhante entre meninos e meninas. Observa-se maior frequência da infecção em três momentos distintos da infância: na fase de lactente, na segunda infância e durante a adolescência.

Entre os fatores predisponentes à ITU em lactentes, destacam-se o refluxo vesicoureteral (RVU) e outras anomalias congênitas ou adquiridas que afetam a estrutura ou a função do trato urinário.

Avaliação inicial

QUANDO SUSPEITAR DE ITU?

- Lactente com febre **>24h** sem foco aparente
- Considerar uso da ferramenta **UTICALC**
    - Etapa 1: probabilidade pré-coleta
    - Etapa 2: probabilidade pós-sedimento urinário

QUADRO CLÍNICO POR FAIXA ETÁRIA

Lactentes / RN

- Febre sem foco
- Vômitos, diarreia
- Icterícia persistente
- Irritabilidade, recusa alimentar
- Quadro séptico

Pré-escolares (2 a 5 anos)

- Urina com odor fétido
- Dor abdominal
- Disúria, polaciúria
- Incontinência, urgência
- Febre

Escolares (6 a 12 anos)

- Sintomas urinários
- Enurese secundária

- Dor lombar (pielonefrite)
- Febre

Adolescentes

- Disúria, polaciúria
- Dor lombar e febre (pielonefrite)
- Atenção ao início da atividade sexual

COLETA DE URINA ADEQUADA

Sem controle esfincteriano:

- Cateterismo vesical
- Punção suprapúbica (PSP)
- Técnica “Clean Catch” (25 min após ingestão de 25 ml/kg)
- Saco coletor: apenas para descartar, se **negativo**

Com controle esfincteriano:

- Jato intermediário

EXAMES COMPLEMENTARES

Se fita reagente for positiva ou alta suspeita clínica:

- Sedimento urinário
- Bacterioscopia (Gram)
- Urocultura (padrão ouro)

INDICAÇÃO DE OUTROS EXAMES

Comprometimento do estado geral:

- Hemograma
- Hemocultura
- Proteína C reativa
- Uréia

- Creatinina
- Eletrólitos
- Gasometria venosa.
- Ultrassonografia de rins e vias urinárias: após primeiro episódio de ITU febril ou evolução anômala.

RESULTADOS LABORATORIAIS

Sedimento urinário sugestivo de ITU:

- Leucócitos > 5-10/campo
- Nitrito positivo
- Esterase leucocitária positiva
- Presença de bactérias

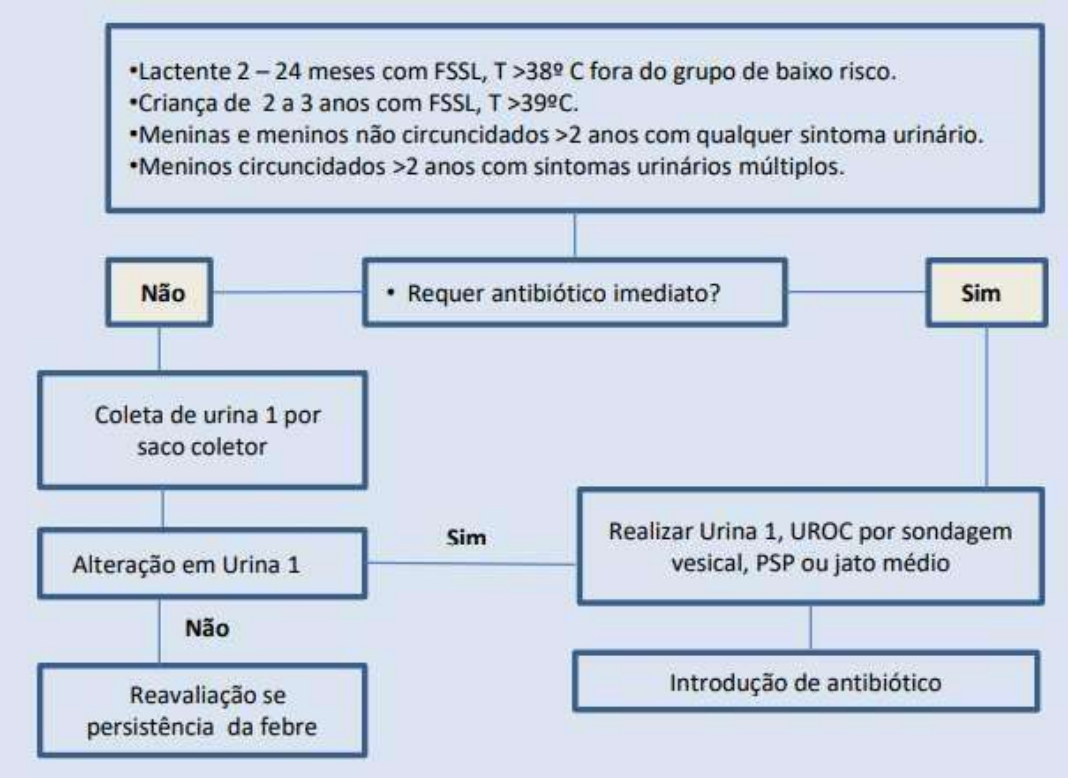
Urocultura significativa:

- PSP: qualquer crescimento
- Cateterismo: ≥ 1.000 UFC/mL
- Jato intermediário: ≥ 50.000–100.000 UFC/mL

CLASSIFICAÇÃO DAS ITU's

1. **Cistite** – infecção urinária baixa
2. **Pielonefrite** – infecção alta
3. **Bacteriúria assintomática**

Quadro 1 – Fluxograma de manejo de ITU em crianças e adolescente



Fonte: ALBERT EINSTEIN, 2022.

Tratamento

A recomendação é iniciar o tratamento empírico com um antibiótico de espectro o mais restrito possível, preferencialmente com base no resultado da coloração de Gram, caso esse exame esteja disponível. Na ausência desse recurso, a escolha deve priorizar cobertura contra *Escherichia coli*, levando em conta os padrões locais de resistência bacteriana — idealmente inferiores a 20%.

Para crianças com mais de três meses de idade, a via oral é a forma preferida de administração. No entanto, nos casos em que a febre está presente, é fundamental que o antibiótico alcance concentrações adequadas no parênquima renal, o que exclui o uso de medicamentos como nitrofurantoína e ácido nalidíxico, que não são eficazes para pielonefrite.

A avaliação da conduta inicial deve ser feita entre 48 e 72 horas após o início do tratamento, considerando o antibiograma para ajustar ou até reduzir a intensidade da terapia, se possível. Se não houver melhora

clínica nesse intervalo, é necessário investigar anomalias no trato urinário e ampliar a cobertura antibiótica conforme o quadro clínico.

Se a resposta ao tratamento for satisfatória e o antibiograma confirmar sensibilidade ao antibiótico em uso, não há necessidade de repetir a urocultura para controle.

O uso prévio de antibióticos — seja como tratamento ou profilaxia — nos últimos 90 dias aumenta o risco de infecção por bactérias resistentes, especialmente quando esse uso ocorreu em um intervalo menor que 30 dias. Outros fatores que elevam o risco de resistência incluem:

- Malformações do trato urinário (como refluxo vesicoureteral, hidronefrose, displasia renal ou litíase);
- Internações hospitalares anteriores;
- Disfunções intestinais ou vesicais.

Tempo de tratamento

Para casos de infecção urinária febril, o tempo recomendado de antibioticoterapia é de 10 dias, conforme sugerido por diretrizes internacionais como as do NICE (Reino Unido), ISPN (Itália) e KHA-Cari (Austrália). Já diretrizes como a Canadense e a Americana (AAP) propõem um intervalo de 7 a 14 dias, enquanto a Colaboração Cochrane destaca a necessidade de mais estudos para definir com precisão a duração ideal do tratamento.

Para crianças maiores de 2 anos no 1º episódio de ITU afebril (provável cistite), a recomendação é de 7 dias de tratamento.

Tabela 1 – Critérios para hospitalização:

Critérios para internação:
Menores de 2 meses
Pacientes críticos com suspeita de SEPSE
Desidratação grave com incapacidade de tolerar líquidos orais
Uropatias graves ou RVU de alto grau (IV àV)
Falha na resposta à terapia ambulatorial **Risco de não adesão ao tratamento**

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz, 2025.

Quadro 1. Antimicrobianos padronizados para o tratamento de ITU

Medicamento	Via	Dose	Frequência
Amoxicilina e ácido clavulânico	VO ou EV	40mg/kg/dia	8/8h
Amicacina	EV	15mg/kg/dia	1 x dia
Cefalexina	VO	50mg/kg/dia	6/6h ou 8/8h
Ceftriaxona	EV ou IM	75mg/kg/dia	12/12h
Ciprofloxacino	VO ou EV	20-30mg/kg/dia	12/12h
Gentamicina	EV ou IM	5-7,5mg/kg/dia	1 x dia
Piperacilina + Tazobactam	EV	300mg/kg/dia	6/6h ou 8/8h
Sulfametoxazol + Trimetoprima	VO	8-12TMP/kg/dia	12/12h

Fonte: SBSJ.

O uso de aminoglicosídeos deve ser gerenciado com cautela devido ao risco de nefrotoxicidade.

Critérios de alta

- Criança afebril há pelo menos 24 horas
- Tolerabilidade oral
- Função renal em melhora
- Urocultura controle parcial negativa

Referencial Bibliográfico

1. **SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.** Infecção do trato urinário na infância: diagnóstico e tratamento – 2021. Departamento Científico de Nefrologia. Rio de Janeiro: SBP, 2021.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA**. Infecção do trato urinário.** Departamento Científico de Nefrologia. Rio de Janeiro: SBP, 2016.
3. PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Protocolo colaborativo: manejo clínico da infecção urinária na criança.** Organização: Susana Maria Moreira Rates. Elaboração: Cristina Maria Bouissou Morais Soares et al. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

4. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Infecção do trato urinário em crianças e adolescentes.** Elaboração: Ana Carola Hebbia Lobo, Fabiana Cirino e Iara Menezes. Revisão: Gaby Cecilia Yupanqui Guerra Barboza. Aprovação: Haggeas Da Silveira Fernandes. São Paulo: HIAE, 2022.
5. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens**: Infecção do Trato Urinário (ITU) na Infância: melhores práticas e recomendações atuais.** Rio de Janeiro. 2 jan. 2025. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/infeccao-do-trato-urinario-itu-na-infancia/>.
6. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Infecção do trato urinário (ITU): protocolo institucional**. Porto Alegre: HCPA, 2021.
7. MENDES, TF; HONÓRIO, FPP; QUEIROZ, ARFB. **Infecção urinária: proposta de protocolo para o serviço de pediatria do Hospital Universitário Walter Cantídio.** Revista de Medicina da Universidade Federal do Ceará, v. 64, n. 3, p. 106-115, jul./set. 2024.

Indicadores:

1. Número de culturas de urina em crianças
2. Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU)

Histórico de modificações

10/03/2025 – Criação do documento.

Assinaturas

Dr. Sérgio Paulo P. Der Torossian
Intensivista - Medicina do Esporte
Cardiologista - Ergometria e Reabilitação
CRM 52429

Descrição

1. INTRODUÇÃO

A gripe ou influenza é uma doença infectocontagiosa aguda do trato respiratório, de distribuição global, causada pelo vírus da influenza. Pessoas de todas as idades são susceptíveis a infecção por esse vírus, entretanto, idosos, crianças, gestantes e pessoas com algumas comorbidades (cardiopatas, pneumopatas, hipertensos, diabéticos, obesos mórbidos, entre outros) possuem risco maior de desenvolver complicações devido à infecção por influenza.

Atualizações referentes às complicações pela doença e sinais de agravamento, diagnóstico diferencial com covid-19 e outros vírus respiratórios, o inibidor da neuraminidase zanamivir passou a não ser mais recomendado para tratamento da influenza, atualização dos grupos elegíveis para quimioprofilaxia e uso racional do fosfato de oseltamivir.

Este documento foi desenvolvido com a colaboração das seguintes sociedades médicas e secretariais: Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Além da participação das Sociedades médicas e secretarias deste MS, o documento também contou com a colaboração de médicos especialistas da área e representantes da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) e Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (SECTICS) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).

2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INFLUENZA

A influenza ou gripe é uma infecção respiratória aguda, causada pelos vírus Influenza A, B, C ou D, sendo os vírus A e B responsáveis por epidemias sazonais. Os vírus influenza A encontram-se estreitamente associados a eventos pandêmicos, como ocorrido em 2009 com a pandemia de Influenza A (H1N1)pdm09 (CDC, 2022).

Os vírus influenza apresentam um comportamento sazonal, de ocorrência anual, mais observado nas estações climáticas mais frias e/ou chuvosas. A incidência de casos pode variar

anualmente, observando-se anos com maior ou menor circulação do vírus, ou ainda a identificação de casos o ano todo, com ocorrências de surtos fora dos períodos sazonais.

No Brasil, o padrão de sazonalidade varia entre as regiões, sendo mais marcado naquelas com estações climáticas bem definidas, nas quais a maior frequência ocorre nos meses mais frios, em locais de clima temperado. Por isso, espera-se aumento de casos no outono e no inverno, podendo haver, porém, circulação em outras épocas do ano, devido às diferenças geográficas e climáticas.

Algumas pessoas, como idosos, crianças, gestantes, puérperas e aquelas com alguma comorbidade (neuropatas, pneumopatas, cardiopatas, imunocomprometidos, entre outros), possuem risco maior de desenvolver complicações devido à influenza. A melhor maneira de se prevenir contra a doença é vacinar-se anualmente. A vacina é capaz de promover imunidade durante o período de maior circulação dos vírus influenza, reduzindo o agravamento da doença.

A estratégia de vacinação na rede pública de saúde foi sendo ampliada e, atualmente, a vacinação é indicada para grupos específicos. Aliada às estratégias de vacinação, igualmente é de grande importância a adoção de medidas não farmacológicas de prevenção e controle para influenza, assim como o monitoramento dos dados de circulação dos vírus.

No Brasil, em 2022, até a Semana Epidemiológica (SE) 52 foram notificados 533.650 casos de síndrome respiratória aguda grave (Srag) hospitalizados. Entre esses, 2,0% (10.544) foram confirmados para influenza, 6,3% (33.670) para outros vírus respiratórios, com exceção do SARS- CoV-2, e 43,1% (230.305) para covid-19; 42,4% (226.474) foram encerrados como Srag não especificado, 0,7% (3.453) foram por Srag por outro agente etiológico e 5,5% (29.204) ainda estão em investigação. Entre a totalidade dos casos de Srag hospitalizados (533.650), 44.214 (8,3%) tiveram amostras detectáveis para vírus respiratórios, com exceção do

SARS-CoV-2. Entre os casos de Srag por influenza (10.544), 43,8% (4.620) foram influenza A não subtipado, 50,4% (5.317) influenza A(H3N2), 2,9% (309) influenza B e 2,8% (298) influenza A(H1N1)pdm09. A faixa etária mais frequente entre os casos de Srag por influenza no Brasil (10.544), no período analisado, foi a de 60 anos ou mais, representando 44,2% (4.661) dos casos, com destaque para Srag por influenza A (H3N2) 2.710 e influenza A não subtipado 1.777. Entre o total de casos de Srag por influenza, 52,9% (5.579) eram do sexo feminino e 47,1% (4.965) masculino.

3. ASPECTOS CLÍNICOS

Período de transmissibilidade

A excreção viral se inicia durante o período de incubação, com pico nos primeiros dois dias de sintomas, decrescendo progressivamente para níveis não identificáveis, em geral, após 24 horas do fim do período febril, embora entre crianças e imunossuprimidos possa haver excreção mais prolongada.

Sinais e sintomas

Infecção aguda das vias aéreas que cursa com quadro febril (temperatura

≥37,8°C), com a curva térmica usualmente declinando após dois ou três dias e normalizando em torno do sexto dia de evolução. A febre geralmente é mais elevada, persistente e prolongada em crianças.

O diagnóstico clínico é caracterizado por febre com sinais e sintomas de vias aéreas superiores, com pelo menos uma manifestação sistêmica. Os sinais e sintomas são habitualmente de aparecimento súbito, como:

■ Comprometimento de via aérea superior: rinorreia, dor de garganta, rouquidão, disfonia, tosse, com comprometimento sistêmico.

■ Calafrios.

■ Mal-estar.

■ Cefaleia.

■ Mialgia.

As queixas respiratórias tornam-se mais evidentes com a progressão da doença e mantêm-se, em geral, por três a quatro dias após o desaparecimento da febre. A rouquidão e a linfadenopatia cervical são mais comuns em crianças. A tosse, a fadiga e o mal-estar frequentemente persistem pelo período de uma a duas semanas e raramente podem perdurar por mais de seis semanas.

4. Complicações

A evolução da gripe (influenza) geralmente tem resolução espontânea em sete dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas. Alguns casos podem evoluir com complicações (Quadro 1).

QUADRO 1 Manifestações clínicas e complicações associadas à influenza de acordo com a faixa etária

POPULAÇÃO	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA/COMPLICAÇÃO
Lactentes e pré-escolares	▪ Febre sem sintomas respiratórios (sepse-like) ▪ Otite média ▪ Parotidite ▪ Bronquiolite ▪ Crupe ▪ Broncoespasmo ▪ Pneumonia ▪ Miocardite, pericardite ▪ Rabdomiólise ▪ Convulsão febril ▪ Encefalopatia e encefalite ▪ Infecção bacteriana invasiva secundária ▪ Síndrome de Reye (se associado a uso de aspirina) ▪ Morte súbita ▪ Exacerbação de doença crônica preexistente
Crianças em idade escolar	▪ Otite média ▪ Parotidite ▪ Bronquite ▪ Sinusite ▪ Broncoespasmo ▪ Pneumonia ▪ Miocardite, pericardite ▪ Miosite (bilateral em músculo sóleo e gastrocnêmio) ▪ Rabdomiólise ▪ Encefalopatia e encefalite ▪ Infecção bacteriana invasiva secundária ▪ Síndrome de Reye (se associado a uso de aspirina) ▪ Síndrome do choque tóxico ▪ Morte súbita ▪ Exacerbação de doença crônica preexistente
Adultos	▪ Parotidite ▪ Bronquite ▪ Sinusite ▪ Broncoespasmo ▪ Pneumonia ▪ Miocardite, pericardite ▪ Miosite ▪ Rabdomiólise ▪ Infecção bacteriana invasiva secundária ▪ Infecção fúngica secundária (raro) ▪ Síndrome do choque tóxico por *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*

continua

conclusão

POPULAÇÃO	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA/COMPLICAÇÃO
Adultos	▪ Precipitação de eventos cardiovasculares agudos (ex: insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral) ▪ Lesão renal aguda e insuficiência renal aguda (com rabdomiólise ou falência de múltiplos órgãos) ▪ Encefalopatia e encefalite ▪ Exacerbação de doença crônica preexistente
Idosos	▪ Pneumonia ▪ Infecção bacteriana invasiva secundária ▪ Miosite ▪ Exacerbação de doença crônica preexistente
Gestantes e puérperas	▪ Desidratação ▪ Pneumonia ▪ Doença cardiopulmonar ▪ Trabalho de parto prematuro ▪ Aborto ou natimorto
Indivíduos imunocomprometidos	▪ Complicações semelhantes a pacientes imunocompetentes, ▪ porém pneumonia grave e síndrome respiratória aguda grave podem ser mais comuns.
Todas as faixas etárias	▪ Insuficiência respiratória ▪ Falência de múltiplos órgãos ▪ Sepse ▪ Hepatite

Fonte: Uyeki *et al.*, 2019.

Sinais de agravamento – piora do estado clínico

■ Aparecimento de dispneia ou taquipneia (frequência respiratória igual ou acima de 20 incursões por minuto) ou hipoxemia – (SpO2 < ou = 94%).

■ Persistência ou aumento da febre por mais de três dias ou retorno após 48 horas de período afebril (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana).

■ Alteração do sensório (confusão mental, sonolência, letargia).

■ Hipotensão arterial (sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60 mmHg).

■ Diurese abaixo de 400 ml em 24 horas.

■ Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças.

■ Desidratação.

■ Exacerbação de doença preexistente (doença pulmonar obstrutiva crônica – Dpoc, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica).

■ Miosite comprovada por aumento da creatinofosfoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes).

■ Elevação da creatinina sérica acima de 2,0 mg/dL.

ALERTA: considerar necessidade de hospitalização quando ocorrerem sinais de agravamento em pacientes que apresentem condições e fatores de risco para complicação por influenza.

5. SINAIS DE AGRAVAMENTO NA CRIANÇA

■ Persistência ou retorno da febre.

■ Taquipneia com aumento do esforço respiratório (batimento de asas do nariz, tiragem intercostal, supra/subesternal, supraclavicular, subcostal, contração da musculatura acessória da respiração e movimento paradoxal do abdome).

■ Bradipneia e ritmo respiratório irregular (colapso respiratório iminente).

■ Gemidos expiratórios (colapso alveolar e de pequenas vias aéreas ocasionado pelo fechamento da glote na expiração na tentativa de aumento da capacidade residual funcional pulmonar).

■ Estridor inspiratório (obstrução de vias aéreas superiores).

■ Sibilos e aumento do tempo expiratório (obstrução devias aéreas inferiores).

■ Palidez cutânea e hipoxemia (SpO2 < ou = 94%).

■ Alteração do nível de consciência (irritabilidade ou apatia).

Os parâmetros de avaliação dos sinais vitais em crianças e adolescentes são diferentes dos adultos. As tabelas a seguir evidenciam os valores normais de frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR) em crianças e adolescentes de acordo com a faixa etária

TABELA 1 Frequências Cardíacas normais* por faixa etária

IDADE	FREQUÊNCIA EM VIGÍLIA batimentos/min	FREQUÊNCIA EM SONO batimentos/min
Neonatos	100 a 205	90 a 160
Bebê	100 a 180	90 a 160
1 a 3 anos	98 a 140	80 a 120
Pré-escolar	80 a 120	65 a 100
Escolar	75 a 118	58 a 90
Adolescente	60 a 100	50 a 90

Fonte: American Heart Association, 2021.

*Sempre considerar o estado clínico normal do paciente. A FC geralmente aumenta com a febre ou em situações de estresse.

TABELA 2 Frequências Respiratórias normais* por faixa etária

IDADE	FREQUÊNCIA | respirações/min
Bebê	30 a 53
1ª infância	22 a 37
Pré-escolar	20 a 28
Escolar	18 a 25
Adolescente	12 a 20

Fonte: American Heart Association, 2021.

*Sempre considerar o estado clínico normal do paciente. A FR geralmente aumenta com a febre ou em situações de estresse. Em recém-nascidos considerar o valor normal de FR: 40 a 60irpm (SBP, 2021).

Em crianças com sinais de agravamento, outro parâmetro a ser avaliado é a pressão arterial. A tabela a seguir mostra os valores de hipotensão em crianças e adolescentes por faixa etária.

TABELA 3 Definição de hipotensão de acordo com a pressão arterial por faixa etária*

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA
Recém-nascido a termo (0-28 dias)	< 60
Lactentes (1-12 meses)	< 70
Crianças 1 -10 anos	< 70 + (2x idade em anos)
Crianças maiores que 10 anos	< 90

Fonte: American Heart Association, 2021.

*Manguito adequado: a parte interna de borracha (não a parte externa de tecido) deve cobrir pelo menos 2/3 do comprimento do braço e envolver 80% a 100% de sua circunferência.

Manguitos pequenos resultam em valores falsamente elevados.

6. DEFINIÇÕES DE CASO

SÍNDROME GRIPAL – SG

Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

7. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

Indivíduo de qualquer idade, com síndrome gripal (conforme definição mencionada) e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

■ Saturação de SpO2 < ou =94% em ar ambiente.

■ Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade.

■ Piora nas condições clínicas de doença de base.

■ Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.Ou

■ Indivíduo de qualqueridade com quadro de insuficiência respiratória aguda, durante período sazonal.

Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

As definições de caso deste protocolo são utilizadas para fins de prescrição do medicamento.

7.1 Exames complementares

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas listadas a seguir: Alterações laboratoriais

■ Hemograma (leucocitose, leucopenia ou neutrofilia).

■ Bioquímica do sangue (alterações de CPK, TGO, TGP, bilirrubinas, DHL; ureia e creatinina).

Imagem de tórax

■ Presença de alteração (infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação). Ressalta que essas alterações podem estar presentes em casos de infecção por outros vírus respiratórios, inclusive covid-19. Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios Além dos vírus influenza, as infecções respiratórias agudas podem estar associadas a diferentes patógenos, como o SARS-CoV-2, vírus sincicial respiratório (VSR), rinovírus, adenovírus, parainfluenza (1, 2, 3 e 4), metapneumovírus, entre outros. Entretanto, independentemente da etiologia, essas infecções virais apresentam sinais e sintomas respiratórios, de modo que a confirmação da identificação etiológica se baseia em diagnóstico laboratorial. Um importante diagnóstico diferencial a ser considerado no contexto da pandemia é a covid-19. As pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 podem levar mais tempo para apresentar sintomas e o período de transmissão pode ser maior. Ambas as infecções podem ter diversos graus de manifestações clínicas, podendo variar desde um quadro assintomático a grave. Não há como diferenciar influenza e covid-19 apenas pelo quadro clínico, por isso é importante passar pela avaliação de um profissional médico, que avaliará e indicará a melhor conduta, de acordo com cada caso. Ainda para o correto manejo clínico da influenza, é preciso considerar e diferenciar os casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (Srag).

7.2 MANEJO CLÍNICO

Atualmente, o uso do antiviral (fosfato de oseltamivir) está indicado para todos os casos de Srag e casos de síndrome gripal associados com condições ou fatores de risco para complicações por influenza (vide tópico na página seguinte). Considerando que a manifestação de sintomas iniciais da covid-19 tende a ser muito semelhante à de um quadro de influenza (gripe), é importante ressaltar que o medicamento fosfato de oseltamivir não está indicado para o tratamento de covid-19.

8. SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES COM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

Além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, está indicado o uso de fosfato de oseltamivir para todos os casos de SG que tenham condições e fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal, mesmo em atendimento ambulatorial.

Esta indicação se fundamenta no benefício que a terapêutica precoce proporciona, tanto na redução da duração dos sintomas quanto na ocorrência de complicações da infecção pelos vírus da influenza, em pacientes com condições e fatores de risco para complicações

- Todos os pacientes com síndrome gripal e com condições/fatores de risco devem ser monitorados quanto aos critérios de Srag e orientados quanto ao retorno aos serviços de saúde em caso de sinais de agravamento.
- Em pacientes com condições e fatores de risco para complicações e com Srag, o antiviral ainda apresenta benefícios, mesmo se iniciado até cinco dias do início dos sintomas.

8.1 CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

■ Gestantes em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).

■ Adultos ≥60 anos.

■ Crianças <5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores

de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses que possuem maior taxa de mortalidade).

■ População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso.

■ Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye).

■ Indivíduos que apresentem:

◆ pneumopatias (incluindo asma);

◆ pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação);

◆ cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);

◆ nefropatias;

◆ hepatopatias;

◆ doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);

◆ distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus);

◆ transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares);

◆ imunossupressão associada a medicamentos, (corticoide >20mg/dia prednisona por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/aids ou outros;

◆ obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos).

9. SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES SEM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

A prescrição do fosfato de oseltamivir deve ser considerada baseada em julgamento clínico, preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início da doença, além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação.

Esses pacientes devem receber orientações sobre retorno ao serviço de saúde se surgirem sinais de agravamento do quadro (vide sinais de agravamento). Todos os pacientes que

apresentarem sinais de agravamento devem também receber de imediato o tratamento com o fosfato de oseltamivir.

10. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

Para os pacientes com quadro de Srag, recomenda-se:

■ Indicar internação hospitalar.

■ Realizar avaliação clínica minuciosa e, de acordo com a indicação, iniciar terapêutica imediata de suporte, incluindo hidratação venosa e oxigenoterapia, mantendo monitoramento clínico.

■ A avaliação inicial deve incluir no mínimo aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura axilar), exame cardiorrespiratório e oximetria de pulso; esta avaliação deve ser frequente (2-4 aferições no prazo de 4 horas) e definir nesse prazo a necessidade de suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (vide tópico na página seguinte).

■ Iniciar imediatamente o tratamento com o fosfato de oseltamivir após a suspeita clínica, independentemente da coleta de material para exame laboratorial.

■ Coletar amostras de secreções respiratórias para exame laboratorial, preferencialmente antes do início do tratamento.

INDICAÇÕES PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

Instabilidade hemodinâmica persistente: pressão arterial que não respondeu à reposição volêmica (30 mL/kg nas primeiras 3 horas), indicando uso de amina vasoativa (exemplo: noradrenalina, dopamina, adrenalina).

Sinais e sintomas de insuficiência respiratória, incluindo hipoxemia (PaO_2 abaixo de 60 mmHg) com necessidade de suplementação de oxigênio para manter saturação arterial de oxigênio acima de 90%. (ANEXO A: Orientações para tratamento da insuficiência respiratória aguda grave).

Evolução para outras disfunções orgânicas, como insuficiência renal aguda e disfunção neurológica.

GESTANTES E PUÉRPERAS

Gestantes e puérperas estão no grupo de pacientes com condições e fatores de risco para complicações por influenza.

As modificações fisiológicas da gestação tornam a mulher mais vulnerável às complicações por infecções respiratórias, fato evidenciado pela maior mortalidade registrada nesse segmento populacional durante a pandemiade influenza em 2009.

Para esse grupo, recomenda-se:

■ Durante a consulta médica, deve ser realizado o exame físico, incluindo ausculta e frequência respiratória, assim como os demais sinais vitais e a aferição da oximetria de pulso. São considerados sinais de alarme em gestantes valores de frequência respiratória >20 rpm e frequência cardíaca >100 bpm.

■ Mesmo podendo representar manifestação fisiológica da gravidez, a queixa de dispneia deve ser valorizada na presença de síndrome gripal.

■ Em pacientes com sinais de agravamento, incluindo SpO2 <94%, considerar o início imediato de oxigenoterapia, monitorização contínua e internação hospitalar.

■ Gestantes e puérperas, mesmo vacinadas, devem ser tratadas com antiviral, fosfato de oseltamivir, na dose habitual para adultos, indicado na síndrome gripal, independentemente de sinais de agravamento, visando à redução da morbimortalidade materna.

■ Não se deve protelar a realização de exame radiológico em qualquer período gestacional quando houver necessidade de averiguar hipótese diagnóstica de pneumonia. A tomografia computadorizada (TC) de tórax pode ser realizada em casos selecionados.

■ A elevação da temperatura na gestante deve ser sempre controlada com antitérmico, uma vez que a hipertermia materna determina lesões no feto. A melhor opção é o paracetamol.

■ Devem ser tomadas precauções com o recém-nascido no puerpério (ver item que trata sobre o Manejo do Recém-Nascido – RN de mãe com influenza ou suspeita clínica.

Todas as gestantes e puérperas com síndrome gripal, mesmo não complicadas, devem ser tratadas com antiviral. O tratamento com fosfato de oseltamivir não é contraindicado na gestação (categoria C) e sua segurança foi comprovada.

11. USO DE ANTIVIRAIS NA INFECÇÃO POR INFLUENZA

O antiviral fosfato de oseltamivir faz parte da classe de drogas planejadas contra o vírus influenza, é um medicamento inibidor potente e seletivo da neuraminidase, uma glicoproteína essencial presente na superfície viral que atua facilitando a liberação do vírus durante os estágios finais do ciclo de infecção nas células hospedeiras (MCAULEY, 2019; MCCLELLAN; PERRY, 2001; KRAMMER et al., 2018). O tratamento com o antiviral, de maneira precoce, pode reduzir a duração dos sintomas e, principalmente, a redução da ocorrência de complicações da infecção pelo vírus influenza. Estudos observacionais incluindo pacientes hospitalizados demonstraram maior benefício clínico quando o fosfato de oseltamivir é iniciado até 48 horas do início dos sintomas (MUTHURI et al., 2014). Entretanto, alguns estudos sugerem que o fosfato de

oseltamivir pode ainda ser benéfico para pacientes hospitalizados se iniciado de quatro a cinco dias após o início do quadro clínico.

No caso de pacientes gestantes, em qualquer trimestre, com infecção por influenza, o maior benefício em prevenir falência respiratória e óbito foi demonstrado nos casos que receberam tratamento até 72 horas, porém ainda houve benefício quando iniciado entre três a quatro dias após o início dos sintomas, quando comparado com casos que receberam o antiviral após cinco dias do início do quadro clínico. Os efeitos do uso dos antivirais em situações clínicas graves não foram avaliadas em estudos clínicos randomizados controlados duplo-cego, incluindo placebo, uma vez que a maior parte dos estudos clínicos anteriores foram conduzidos em pacientes ambulatoriais apresentando apenas síndrome gripal. Segundo as agências internacionais, os inibidores de neuraminidase são considerados standart of care e são as únicas drogas disponíveis aprovadas para pacientes com influenza hospitalizados.

Ressalta-se que o início do tratamento com fosfato de oseltamivir não deve ser postergado caso o resultado do teste laboratorial ainda não esteja disponível.

Para a prescrição desse medicamento é usado o receituário simples. O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza esse medicamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

O zanamivir é um medicamento antiviral inibidor da neuraminidase, contudo, segundo a OMS **não está mais indicado para indivíduos com infecção suspeita ou confirmada pelo vírus influenza** devido à baixa evidência no benefício do uso da droga para os desfechos críticos como hospitalização admissão em UTI/ventilação mecânica e mortalidade.

TRATAMENTO

TABELA 4 Tratamento-posologia e administração

DROGA	FAIXA ETÁRIA		POSOLOGIA
Fosfato de oseltamivir	Adulto		75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg, 12/12h, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias

Fonte: CDC, 2022 adaptado.

DOSE PARA TRATAMENTO EM RECÉM-NASCIDOS

■ 1 mg/kg/dose 12/12 horas em RN <38 semanas de idade gestacional.

■ 1,5mg/kg/dose 12/12 horas em RN de 38 a 40 semanas de idade gestacional.

■ 3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN > 40 semanas de idade gestacional.

Obs.: tratamento durante cinco dias.

Dose de oseltamivir para prematuros: a dose baseada no peso para os prematuros é menor do que para os recém-nascidos a termo devido ao menor clearance de osetalmivir ocasionada pela imaturidade renal (COMMITTEE..., 2019). Caso o pó para suspensão oral não esteja disponível, o responsável pela administração do medicamento poderá reconstituir uma solução oral utilizando o conteúdo das cápsulas diluído em água, o conteúdo poderá ser misturado com alimentos açucarados. As orientações sobre a correta diluição do medicamento, encontram-se no Anexo B.

DOSE PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL

A dose deve ser ajustada no caso de insuficiência renal, com base no clearance

de creatinina. As recomendações para o ajuste estão resumidas na Tabela 5:

TABELA 5 Oseltamivir, recomendações para ajuste de doses na insuficiência renal

COMPROMETIMENTO RENAL/ CLEARANCE DE CREATININA	TRATAMENTO 5 DIAS	PROFILAXIA 10 DIAS
Leve clearance >60-90 ml/min	75 mg 12/12h	75 mg 1 vez ao dia
Moderado clearance >30-60 ml/min	30 mg 12/12h	30 mg 1 vez ao dia
Grave clearance >10-30 ml/min	30 mg 1 vez ao dia	30 mg em dias alternados
Pacientes em hemodiálise clearance ≤10 ml/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise*.	30 mg após cada sessão alternada de hemodiálise.
Pacientes em diálise Peritoneal Contínua ambulatorial – dPCa clearance ≤10 ml/min	Única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise.	30 mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise**

Fonte: CDC, 2022 adaptado.

*Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, num período de cinco dias, serão realizadas três sessões.

**Serão duas doses de 30 mg cada, considerando-se os dez dias, onde ocorrerão apenas dois sessões de diálise.

Em hemodiálise a dose deve ser 30 mg após cada sessão e em diálise peritoneal a dose deverá ser de 30 mg, uma vez por semana.

Hemodiálise

Uma hora após a sessão em dias alternados no total de cinco dias consecutivos (pacientes com diálise em regime de três vezes por semana), ou seja, total de três doses de 30 mg de oseltamivir equivaleria ao tratamento total habitualmente recomendado de cinco dias para pacientes não portadores de insuficiência renal crônica.

Diálise peritoneal

Recomendado apenas uma dose uma vez por semana, a qual equivaleria ao tratamento completo. E para profilaxia uma dose uma vez por semana,

durante duas semanas.

TRATAMENTO ADJUNTO DE ANTIBIÓTICO COM O ANTIVIRAL

Recomenda-se que os médicos sigam as indicações dos protocolos/ consensos divulgados pelas sociedades médicas.

Não há evidência de benefícios da administração de antimicrobianos, em pacientes com influenza, exceto na forte suspeita de coinfecção bacteriana.

Informações adicionais:

■ Os tratamentos mais longos podem ser necessários em pacientes imunocomprometidos, os quais podem apresentar replicação viral prolongada.

Esses pacientes apresentam risco de desenvolver resistência. Para os pacientes que vomitam até uma hora após a ingestão do medicamento, deve ser administrada uma dose adicional.

USO RACIONAL DO MEDICAMENTO FOSFATO DE OSELTAMIVIR

O surgimento de resistência a fármacos é uma preocupação global.

Em especial, para medicamentos como o fosfato de oseltamivir que, devido a sua importância, foi incluído na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Embora a resistência a esse antiviral tenha sido pouco observada na prática clínica, os casos identificados estão principalmente relacionados a pacientes imunocomprometidos (LAMPEJO, 2020; KRAMMER et al., 2018).

Diante da gama de vírus que podem causar síndrome gripal, o uso racional do antiviral fosfato de oseltamivir é uma estratégia importante para minimizar o impacto de potenciais resistências ao tratamento. Quando usado contra vírus suscetíveis e de forma correta, o fármaco é eficaz e pode reduzir a duração dos sintomas. A não realização do tratamento completo, além de menor efetividade, pode conduzir à resistência. O antiviral fosfato de oseltamivir é específico para o vírus influenza, não devendo ser utilizado para o tratamento de infecções por outros vírus.

CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA A SAÚDE AMBIENTE HOSPITALAR

Precauções padrão

A implementação da precaução padrão constitui a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde, e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base. A precaução padrão compreende:

■ Higienização das mãos antes e após contato com o paciente.

■ Uso de equipamentos de proteção individual (EPI) – avental e luvas – ao contato com sangue e secreções.

■ Uso de óculos e máscara se houver risco de respingos.

■ Fazer o descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Precauções para gotículas

Além da precaução padrão, devem ser implantadas as precauções para gotículas, que devem ser utilizadas para pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por influenza. As gotículas respiratórias que têm cerca de >5 μm de tamanho, provocadas por tosse, espirro ou fala, não se propagam por mais de 1 metro da fonte, e relacionam-se à transmissão de contato da gotícula com mucosa ou conjuntiva da boca ou nariz de indivíduo susceptível. Recomenda-se:

■ Uso de máscara cirúrgica ao entrar no quarto, a menos de 1 metro do paciente – substituí-la a cada contato com o paciente.

■ Higienização das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (água e sabão ou álcool em gel).

■ Uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.

■ Limitar procedimentos indutores de aerossóis (intubação, sucção, nebulização).

■ Uso de dispositivos de sucção fechados.

■ Manter paciente preferencialmente em quarto privativo por sete dias após o início dos sintomas ou até por 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios, desde que o paciente esteja sem o uso de antitérmico.

■ Quando em enfermaria, respeitar a distância mínima de 1 metro entre os leitos durante o tratamento com fosfato de oseltamivir.

Situações em que haja geração de aerossóis

No caso de procedimentos que gerem aerossóis – partículas <5 µm, que podem ficar suspensas no ar por longos períodos (exemplo: intubação, sucção, nebulização), recomenda-se:

■ Uso de EPI – avental e luvas, óculos e máscara [respirador] tipo N95, N99, PFF2 ou PFF3 pelo profissional de saúde durante o procedimento de assistência ao paciente.

■ Manter paciente preferencialmente em quarto privativo.

■ Uso de máscara (respirador) tipo N95, N99, PFF2 ou PFF3 pelo profissional de saúde ao entrar no quarto.

■ Uso de máscara cirúrgica pelo paciente durante transporte.

Limpeza e desinfecção de superfícies

■ Remoção de sujidades com água e sabão ou detergente.

■ Limpeza com solução de hipoclorito de sódio em pisos e superfícies dos banheiros.

■ Fricção de outras superfícies e objetos com álcool a 70%.

■ Uso de EPI adequado.

■ Fazer descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

MONITORAMENTO E MANEJO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM SÍNDROME GRIPAL

Afastamento do trabalho até 24 horas após cessar a febre e considerar o afastamento ou realocação por sete dias, no caso de profissional de saúde que trabalha em contato direto com pacientes.

Considerar a testagem dos profissionais de saúde de acordo com protocolos internos do serviço.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

MANEJO DO RECÉM-NASCIDO – RN FILHO DE MÃE COM INFLUENZA OU SUSPEITA CLÍNICA

Mãe com sintomas de influenza e RN clinicamente estável

■ Manter preferencialmente o binômio em quarto privativo.

■ Manter distância mínima do berço do RN e mãe de 1 metro.

■ Orientar a realizar etiqueta respiratória.

■ Orientar a higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN.

■ Orientar o uso de máscara cirúrgica durante o cuidado e a amamentação do RN.

■ Profissional de saúde ao atender a puérpera e RN deve seguir as orientações de precaução padrão e gotículas.

■ Acompanhante da puérpera e RN deve seguir as orientações de precaução padrão e gotículas.

■ Caso a puérpera precise circular em áreas comuns do hospital, utilizar máscara cirúrgica.

■ As precauções padrão e de gotículas devem ser continuadas por até sete dias do início da doença ou até 24 horas após a resolução da febre

e sintomas respiratórios, o que for mais longo e enquanto a paciente estiver internada.

Criança hospitalizada com sintomas de influenza

■ Utilizar preferencialmente quarto privativo ou distância mínima entre leitos de 1 metro.

■ Em unidade neonatal o quarto privativo poderá ser substituído pelo uso de incubadora, mantendo as demais orientações quanto à distância entre leitos e à adesão às precauções por gotículas e padrão por profissionais da saúde

■ Orientar pais ou acompanhantes a higienizar as mãos antes e após tocar na criança ou após tocar no espaço perileito.

■ Caso o acompanhante apresente sintomas respiratórios, orientar etiqueta respiratória, com higienização das mãos e utilização de máscara cirúrgica em áreas compartilhadas por outros pacientes ou profissionais da saúde.

Outras medidas que evitam a transmissão da influenza e outras doenças respiratórias

■ Frequente higienização das mãos, principalmente antes de consumir algum alimento.

■ Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

■ Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

■ Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

■ Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

■ Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas.

■ Manter os ambientes bem ventilados.

■ Evitar contato próximo a pessoas que apresentem sinais ou sintomas de influenza.

■ Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

■ Evitar aglomerações e ambientes fechados (procurar manter os ambientes ventilados).

■ Adotar hábitos saudáveis, como alimentação balanceada e ingestão de líquidos.

■ Orientar o afastamento temporário (trabalho, escola etc.) até 24 horas após cessar a febre.

Quimioprofilaxia: indicações para influenza

Essa diretriz não recomenda a quimioprofilaxia, exceto nas seguintes situações:

■ Adultos, adolescentes e crianças com graves deficiências imunológicas ou em uso de drogas imunossupressoras, após contato com pessoas com infecção.

■ Residentes de alto risco em instituições de longa permanência, durante surtos na instituição, deverão receber quimioprofilaxia se tiverem comorbidades.

A quimioprofilaxia com antiviral não é recomendada se o período após a última exposição* a uma pessoa com infecção pelo vírus for maior que 48 horas.

Para que a quimioprofilaxia seja efetiva, o antiviral deve ser administrado durante a potencial exposição à pessoa com influenza e continuar por mais sete dias após a última exposição conhecida.

*Considera se exposição a pessoa que teve contato com caso suspeito ou confirmado para influenza até 48 horas.

MEDIDAS PARA ENFRENTAMENTO DE SURTO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA – ILP

A influenza pode se disseminar rapidamente entre as populações, especialmente as que vivem em ambientes restritos ou fechados, podendo causar morbidade considerável e interrupção das atividades diárias. Por isso, é importante que, mediante situações de surto ou epidemia, sejam adotadas

medidas específicas para a interrupção.

ocorrência de dois casos suspeitos ou confirmados para influenza com vínculo epidemiológico em um período de até 72 horas.

A quimioprofilaxia para todos os residentes ou internos é recomendada para controlar surtos somente se a ILP for destino para pessoas com condições e fatores de risco para complicações. No caso de surto suspeito ou confirmado indica-se:

■ É recomendável a quimioprofilaxia com antiviral na instituição por no mínimo duas semanas e até pelo menos sete dias após a identificação do último caso.

TABELA 6 Quimioprofilaxia para situações indicadas – posologia e administração

DROGA	FAIXA ETÁRIA		QUIMIOPROFILAXIA
Fosfato de oseltamivir (tamiflu®)	Adulto		75 mg/dia, Vo / 10 dias
	maiores ou igual a 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg/dia, Vo / 10 dias
		>15 kg a 23 kg	45 mg/dia, Vo / 10 dias
		>23 kg a 40 kg	60 mg/dia, Vo / 10 dias
		>40 kg	75 mg/dia, Vo / 10 dias
	menores de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg ao dia, 10 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg/kg ao dia, 10 dias

Fonte: CDC, 2022 adaptado.

QUIMIOPROFILAXIA PARA CRIANÇAS DE ATÉ 1 ANO DE IDADE

■ Menos de 3 meses – não é recomendado a menos que a situação seja julgada crítica.

■ 0-8 meses = 3 mg/kg, uma vez ao dia.

■ 8-11 meses = 3,5 mg/kg, uma vez ao dia

■ 1 ano ou mais – dose varia de acordo com o peso:

◆ <15 kg, 30 mg uma vez ao dia.

◆ >15 a 23 kg, 45 mg uma vez ao dia.

◆ >23 a 40 kg, 60 mg uma vez ao dia.

◆ >40 kg, 75 mg uma vez ao dia.

Obs.: tratamento durante dez dias.

Recomendações adicionais

■ Vacinar anualmente todos os residentes e funcionários.

■ Realizar coleta de amostra para diagnóstico de influenza em caso suspeito, até que se tenham no mínimo dois casos confirmados.

■ Realizar busca ativa diária até pelo menos uma semana após a identificação do último caso.

■ Implementar medidas de prevenção – precaução padrão e precaução de gotículas e aerossóis – para todos os residentes e internados com suspeita ou confirmação de influenza por sete dias após o início dos sintomas ou até por 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios, desde que o paciente esteja sem o uso de antitérmico.

■ Isolamento em quarto privativo ou, quando não disponível, isolamento de coorte. o mesmo diagnóstico

■ Embora a covid-19 e a Influenza sejam doenças para as quais se implementa medidas de precaução semelhantes, não se deve colocar na mesma coorte, pacientes com covid-19 e pacientes com influenza, para evitar a disseminação das diferentes doenças entre os pacientes.

■ Evitar visitas. Caso ocorram, usar EPI de acordo com a situação.

■ Residentes sintomáticos devem ser mantidos, na medida do possível, em seus quartos. Caso circulem, usar máscara cirúrgica.

■ Limitar aglomeração, considerando a possibilidade de servir refeição no quarto.

■ Restringir a movimentação dos profissionais que atuam em áreas onde há doentes para áreas não atingidas pelo surto.

■ Evitar novas admissões ou transferência de sintomáticos.

■ Considerar no cenário pós-pandêmico a possibilidade de cocirculação de SARS-CoV-2, atentar para diagnóstico e recomendações de tratamento

de pacientes de risco.

VIGILÂNCIA, NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

A vigilância da influenza e outros vírus respiratórios no Brasil é composta pela vigilância sentinela de síndrome gripal (SG) e a vigilância de síndrome respiratória aguda grave (Srag) em pacientes hospitalizados e óbitos por Srag. O objetivo da estratégia de vigilância sentinela é monitorar casos de SG por vírus respiratórios de importância em saúde pública, em unidades de saúde selecionadas (intituladas unidades sentinelas), para que sirvam como um alerta precoce ao sistema de vigilância. As unidades sentinelas são definidas por características e critérios epidemiológicos, juntamente com os respectivos gestores dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL – SG

A vigilância sentinela de SG conta com uma rede de unidades sentinelas distribuídas em todas as unidades federadas e regiões geográficas do País, e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios de importância em saúde pública, circulantes ou sazonais. Por ser uma vigilância sentinela, preconiza-se a coleta de amostras clínicas nasofaríngea, por semana epidemiológica, de casos de SG atendidos em cada unidade sentinela, para realização do diagnóstico e de estudos complementares (isolamento, resistência, sequenciamento e outros) dos vírus identificados, como influenza, SARS-CoV-2 e vírus sincicial respiratório.

O registro dos resultados de diagnósticos laboratoriais, dos casos captados em unidades sentinelas, devem ser inseridos no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe), conforme os fluxos locais estabelecidos.

Os relatórios epidemiológicos dos dados das unidades sentinelas de SG são

muito oportunos para sinalizar início de sazonalidade, epidemias e surtos pelos vírus respiratórios de importância em saúde pública. E, assim, fortalecer os gestores na tomada de decisão, para organização da rede de assistência à saúde.

Noatualcontextoepidemiológico,os casosdeSG suspeitosdecovid-19, captados fora das unidades sentinelas, devem ser notificados no sistema e-SUS Notifica. Após investigação laboratorial, se confirmado para influenza e descartado para covid-19, o caso deve ser encerrado como "descartado", não havendo a necessidade de notificar o resultado referente a influenza.

VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

A vigilância de Srag monitora os casos hospitalizados e óbitos por Srag, com o objetivo de identificar o comportamento do vírus e o perfil epidemiológico da síndrome no país e orientar a tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do MS e Secretarias de Saúde das unidades federadas.

Os dados clínico-epidemiológicos são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos no Sivep-Gripe. A partir da pandemia de covid-19, a vigilância de Srag tem caráter universal, ou seja, todos os casos de Srag devem ser obrigatoriamente notificados.

As notificações dos casos de Srag hospitalizados de maneira oportuna no Sivep-Gripe são importantes para o monitoramento da situação epidemiológica e tomada de decisão, voltada às medidas de prevenção e controle da influenza.

ANEXO A

ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Na maioria das situações, a causa de insuficiência respiratória aguda é a hipoxemia, portanto, o primeiro passo para o alívio é a suplementação de

oxigênio.

Deve-se oferecer O2 para manter a SpO2 acima de 90% em pacientes sem antecedente de doenças pulmonares crônicas. Pode ser usado cateter nasal ou máscara de Hudson. Idealmente, naqueles que a necessidade de suplementação de O2 for menor que 3 L/min, use cateter nasal de baixo fluxo, enquanto nos indivíduos que há necessidade de mais que 3 litros, use máscara de Hudson.

Em situações que haja necessidade de O2 mais de 5 L/min, quando disponível, sugere-se usar máscara de venturi que permite melhor ajuste de fluxo e de concentração de O2. Lembrar que oxigênio é um medicamento e a hiperóxia também é danosa.

Se não houver melhora sintomática em 20-30 minutos, deve-se tentar ventilação mecânica, que pode ser realizada de maneira não invasiva (sem intubação traqueal) ou invasiva (com intubação traqueal).

A ventilação não invasiva (VNI) pode ser usada em pacientes selecionados.

Há contraindicações para esse tipo de ventilação:

Redução da consciência, quantidade abundante de secreção respiratória, choque (hipotensão que necessita de amina vasoativa), hemorragia digestiva alta, vômitos incoercíveis, deformidades faciais ou de via aérea superior.

O objetivo da ventilação não invasiva deve ser melhorar a hipoxemia em período máximo de 2 horas com meta de atingir PaO2 maior que 70 mmHg às custas de fração inspirada de O2 (FiO2) máximo de 40%.

As modalidades de ventilação não invasiva são:

pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) ou pressão positiva em dois níveis nas vias aéreas (BiPAP); existem diferentes interfaces de máscaras para acoplamento do paciente-ventilador, como oro-nasal, facial total e tipo capacete – a escolha vai depender da resposta de conforto do próprio paciente. De acordo com as alterações do parênquima pulmonar, muitas vezes o paciente pode ter benefício com maiores níveis de pressão expirada positiva, sem necessidade de grandes suportes de oxigênio. A ventilação não invasiva também pode servir de terapia de suporte para melhorar a oxigenação antes

da intubação traqueal e ventilação invasiva.

Estratégia alternativa à ventilação não invasiva é o cateter nasal de alto fluxo (Cnaf), um dispositivo que geralmente traz mais conforto ao paciente, permite promoção de pressão expirado positiva por meio de ajuste de fluxo, e controle melhor de FiO2. As metas de Cnaf são iguais às de VNI e, quando há necessidade e paciente conseguir, facilita estratégia de pronação em indivíduos acordados e não intubados.

A presença de contraindicações para ventilação não invasiva ou manutenção do quadro de dispneia intensa ou piora evolutiva com sinais de falência respiratória (redução da consciência ou agitação, respiração paradoxal, tiragem intercostal, cianose de extremidades) denota a necessidade de ventilação mecânica invasiva, com intubação traqueal.

Logo após a intubação orotraqueal, oferecer FiO2 de 100% e coletar gasometria arterial após 20 minutos para checar a gravidade da hipoxemia e ajustar volume minuto para evitar acidose respiratória. A presença de hipoxemia grave, mesmo com necessidade de O2 em altas doses, define a síndrome de angústia respiratória aguda (Sara) ou síndrome de desconforto respiratório agudo (SDRA): início agudo, acometimento bilateral, ausência de congestão pulmonar e/ou disfunção cardíaca e relação entre PaO2 e fração inspirada de O2 (PaO2/FiO2) abaixo de 300. A estratégia de ventilação com menores volumes correntes (entre 4 e 6 ml/kg de peso ideal) e titulação da pressão expiratória positiva final (PEEP) para reduzir FiO2 e manter SpO2 entre 88 e 95%, denomina-se ventilação protetora. Essa modalidade de ventilação reduz a mortalidade da Sara e deve ser implementada tão logo se inicia a ventilação invasiva.

A estratégia de titulação de PEEP compreende em encontrar a menor PEEP que represente a melhor complacência estática, sem provocar a hiperdistensão alveolar. Em algumas condições de infiltrado pulmonar, o paciente pode se beneficiar com níveis altos de PEEP enquanto em outras condições, os altos níveis de PEEP podem ser danosos. Em situações que o profissional não está

habituado a realizar a titulação, adoção de "Tabela de titulação de PEEP (PEEP table)" pode auxiliar no manejo da ventilação mecânica

Vide tabela de titulação de PEEP por nível de FiO_2

FIO_2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
PEEP baixa/FiO_2 alta	5	5-8	8-10	10	10-14	14	14-18	18-24
PEEP baixa/FiO_2 baixa	5-14	14-16	16-18	20	20	20-22	22	22-24

Não há benefício em administrar dose dobrada de oseltamivir em pacientes graves, mesmo quando administrado por via sonda gastroenteral. As doses de 75 mg ou 150 mg, administradas duas vezes por dia, apresentam resultados semelhantes em relação à melhora de sintomas, clearance viral de vias aéreas, tempo de permanência na UTI, tempo de uso de oxigenioterapia ou ventilação mecânica e mortalidade hospitalar. A única exceção é a utilização em pacientes imunocomprometidos, que foram excluídos de estudos avaliando a dose de oseltamivir em pacientes graves.

Não é recomendado o uso de corticoides para tratamento adjuvante de pacientes com insuficiência respiratória e ventilação mecânica, uma vez que não há evidências de benefício além de indícios de aumento do risco de infecções bacterianas secundárias e a mortalidade. A única exceção é o paciente com choque séptico, no qual o uso de corticoide pode reduzir o tempo de uso de aminas vasoativas.

Orientações para tratamento da insuficiência respiratória aguda grave em pediatria

Condições respiratórias são a principal causa de PCR em crianças. O objetivo principal do tratamento é restaurar a oxigenação e a ventilação adequada.

Se o paciente apresentar sinais de desconforto ou insuficiência respiratória, devem ser instituídas as intervenções adequadas, conforme a tabela a seguir:

QUADRO 1 Tratamento inicial de desconforto e insuficiência respiratória em pediatria

A Vias aéreas	▪ Desobstrua a via aérea (aspire nariz e boca se indicado) e deixe que a criança assuma uma posição de conforto se possível.
B Respiração	▪ Monitore a saturação de O_2 (oximetria de pulso) administre O_2 (umidificado se possível) administre medicação inalada (salbutamol/adrenalina) conforme achados na ausculta pulmonar e indicações. ▪ Avalie necessidade de ventilação não invasiva e/ou entubação orotraqueal com ventilação mecânica.
C Circulação	▪ Monitore frequência e ritmo cardíaco, pressão arterial e tempo de enchimento capilar. ▪ Estabeleça acesso vascular. ▪ Diurese: acima de 1 ml/kg/hora (recém-nascidos e lactentes) e 12 ml/m²/hora em crianças.
D Disfunção	▪ Avalie irritabilidade intensa e/ou apatia. ▪ Glicoteste (dexto ou HGT).
E Exposição	▪ Hipertermia e hipotermia. ▪ Lesões de pele.

Fonte: American Heart Association. PALS – Pediatric Advenced Life Support – Provider Manual 2021.
Obs.: administre tratamento com antibióticos e reduza a demanda metabólica controlando a temperatura.

ANEXO B

ADMINISTRAÇÃO DE ANTIVIRAIS NO TRATAMENTO DE INFLUENZA – ORIENTAÇÕES

SOBRE PREPARO DE DILUIÇÕES

Preparo das diluições

■ Abrir a cápsula imediatamente antes do preparo, cortando a ponta superior com uma tesoura limpa.

■ Usar um recipiente de vidro limpo e água potável.

■ Não é necessário retirar qualquer pó branco não dissolvido, por ser excipiente inerte.

Cápsulas de 30, 45 e 75 mg□em pacientes sem condições de engolir cápsulas pode-se proceder a diluição de todo o conteúdo da mesma em 2 ml de água e adicionar uma pequena quantidade de alimento adocicado

apropriado (máximo 1 colher de chá) à mistura, a fim de mascarar o gosto amargo. Agite essa mistura e administre todo o conteúdo para o paciente. Essa mistura deve ser administrada imediatamente após o preparo. Repita esse procedimento para cada dose que será administrada.

Solução oral a partir do fosfato de oseltamivir 75 mg□adicione todo o conteúdo da cápsula em um copo de vidro limpo e com uma seringa graduada adicione 5 ml de água. Misture bem o pó com a água.

A concentração da suspensão preparada a partir da cápsula de 75 mg é de 15 mg/ml. Aspire com a seringa a quantidade prescrita ao paciente, de acordo com a receita médica.

CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO

0 a 8 meses	3 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
9 a 11 meses	3,5 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias

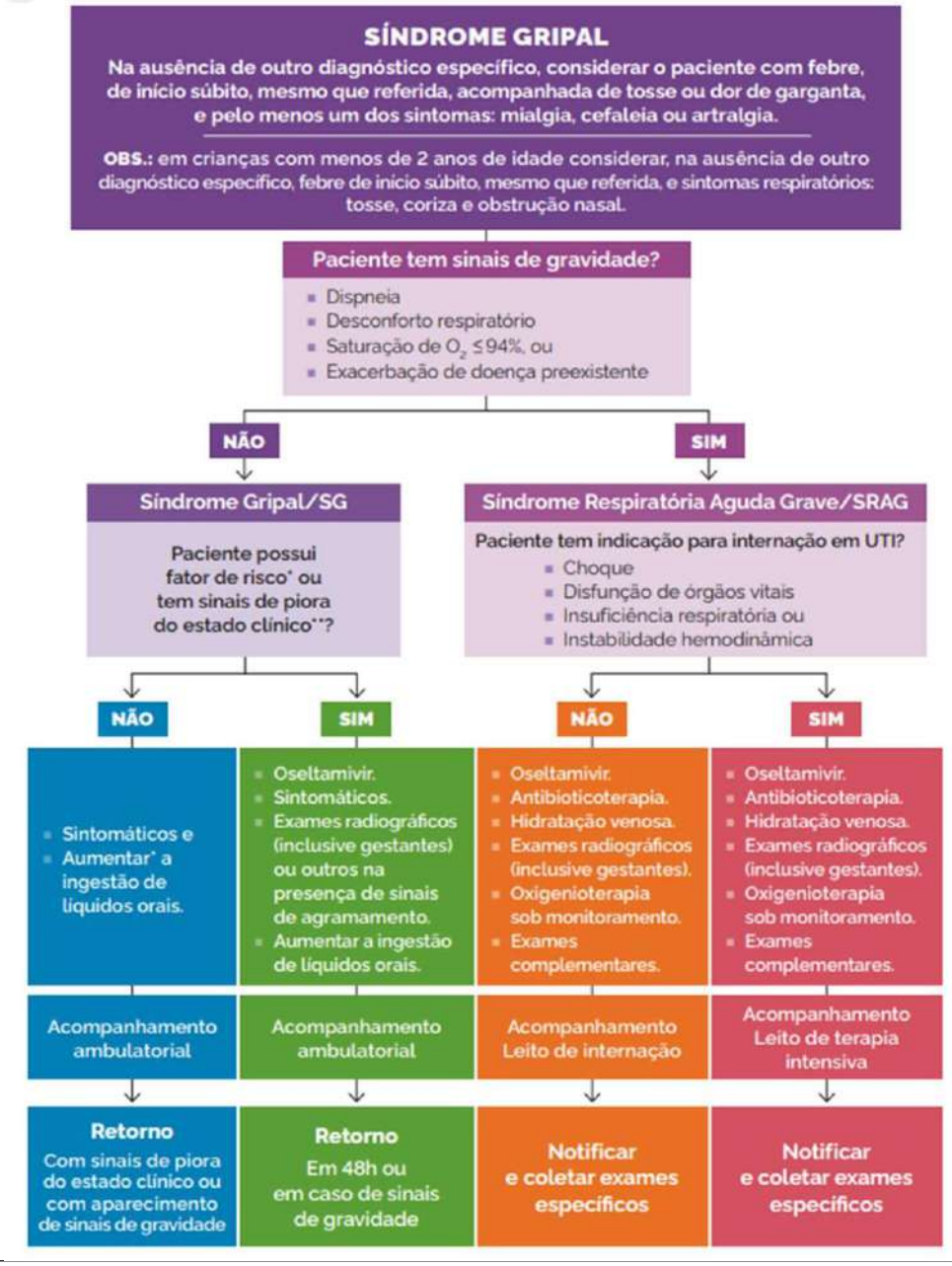
RECÉM-NASCIDOS

RN <38 semanas de idade gestacional	1 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
RN de 38 a 40 semanas de idade gestacional	1,5 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
RN >40 semanas de idade gestacional	3 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias

Dose de oseltamivir para prematuros

A dose baseada no peso para os prematuros é menor do que para os recém-nascidos a termo devido ao menor clearance de osetalmivir ocasionada pela imaturidade renal. As doses foram recomendadas por dados limitados do National Institute of Allergy and Infections Diseases Collaborative.1

ANEXO C - SÍNDROME GRIPAL/SRAG - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO DO PACIENTE


SÍNDROME GRIPAL
Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta, e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.
OBS.: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.
Paciente tem sinais de gravidade?
Dispneia
Desconforto respiratório
Saturação de O_2 ≤94%, ou
Exacerbação de doença preexistente
NÃO
SIM
Síndrome Gripal/SG
Paciente possui fator de risco* ou tem sinais de piora do estado clínico**?
Síndrome Respiratória Aguda Grave/SRAG
Paciente tem indicação para internação em UTI?
Choque
Disfunção de órgãos vitais
Insuficiência respiratória ou
Instabilidade hemodinâmica
NÃO
SIM
NÃO
SIM
Sintomáticos e
Aumentar* a ingestão de líquidos orais.
Oseltamivir.
Sintomáticos.
Exames radiográficos (inclusive gestantes) ou outros na presença de sinais de agramamento.
Aumentar a ingestão de líquidos orais.
Oseltamivir.
Antibioticoterapia.
Hidratação venosa.
Exames radiográficos (inclusive gestantes).
Oxigenioterapia sob monitoramento.
Exames complementares.
Oseltamivir.
Antibioticoterapia.
Hidratação venosa.
Exames radiográficos (inclusive gestantes).
Oxigenioterapia sob monitoramento.
Exames complementares.
Acompanhamento ambulatorial
Acompanhamento ambulatorial
Acompanhamento Leito de internação
Acompanhamento Leito de terapia intensiva
Retorno
Com sinais de piora do estado clínico ou com aparecimento de sinais de gravidade
Retorno
Em 48h ou em caso de sinais de gravidade
Notificar e coletar exames específicos
Notificar e coletar exames específicos

Dose de

*Fatores de risco: população indígena aldeada ou com dificuldade de acesso; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade); adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/aids); nefropatias e hepatopatias; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

**Sinais de piora do estado clínico: aparecimento de dispneia ou taquipneia. Persistência ou aumento da febre por mais de três dias ou retorno após 48 horas de período afebril. Alteração do sensório (confusão mental, sonolência, letargia). Hipotensão arterial. Diurese abaixo de 400 ml em 24 horas. Desidratação. Exacerbação de doença preexistente. Miosite comprovada por creatinofosfoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes). Elevação da creatinina sérica acima de 2,0 mg/dL. Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças.

DROGA	FAIXA ETÁRIA		QUIMIOPROFILAXIA
Fosfato de oseltamivir (tamiflu®)	Adulto		75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		>15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		>23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		>40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg, 12/12h, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias

Fonte: CDC, 2022 adaptado.

Dose para tratamento em recém-nascidos

RN <38 semanas de idade gestacional	1 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
RN de 38 a 40 semanas de idade gestacional	1,5 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
RN >40 semanas de idade gestacional	3 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias

oseltamivir para prematuros :Dose baseada no peso para os prematuros é menor do que para os recém-nascidos a termo devido ao menor clearance de osetalmivir ocasionada pela imaturidade renal. As doses foram recomendadas por dados limitados do *National Institute of*

Allergy and Infections Diseases Collaborative.
Referencial Bibliográfico
1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de tratamento da Influenza 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
Histórico de modificações
15/01/2023– Criação do documento. 20/02/2025 – Revisado sem alteração.
Assinaturas


Descrição

1. INTRODUÇÃO

Padronização do protocolo de risco, profilaxia e tratamento de tromboembolismo venoso (TEV) no ciclo gravídico-puerperal.

2. APLICAÇÃO

Todas as maternidades com atendimento obstétrico.

3. RESPONSABILIDADES

Médico pré-natalista: identificar paciente com risco de TEV e orientar necessidade de anticoagulação profilática; encaminhar caso para a coordenação do PGS para liberação de enoxaparina; pesquisar trombofilias em pacientes com histórico sugestivo; encaminhar para o PS Obstétrico paciente com quadro sugestivo de TEV agudo.

Médico coordenador da maternidade e médicos plantonistas: identificar paciente com risco de TEV durante a internação para controle clínico ou parto e pós-parto, revendo os critérios sempre que necessário. Diagnosticar e iniciar tratamento dos quadros de TEV agudo, encaminhar gestante para o pré-natal de alto risco na alta, entrando em contato com o PGS quando necessário.

Enfermagem e coordenação de enfermagem: assegurar correto preenchimento do protocolo TEV, com sinalização dos riscos; administração de enoxaparina conforme prescrição médica e orientação a paciente e acompanhante na ocasião da alta.

4. DEFINIÇÕES

Trombofilias: predisposição à trombose secundária a alterações hereditárias ou adquiridas que influenciam na cascata de coagulação (vide protocolo TROMBOFILIAS).

Tromboembolismo venoso profundo (TVP): presença de trombo no sistema venoso profundo dos membros inferiores que se não tratado pode evoluir para tromboembolismo pulmonar.

Tromboembolismo pulmonar (TEP): presença de trombo no sistema venoso pulmonar, com repercussões hemodinâmicas que levam a insuficiência respiratória e cardíaca se não tratadas.

Anticoagulação profilática: uso de anticoagulante com o objetivo de prevenir a ocorrência de trombose em paciente com risco.

5. DESCRIÇÃO

5.1. TROMBOFILIAS

A predisposição à trombose, conhecida como trombofilia, encontra-se potencializada na gestação e no puerpério pelas próprias características pró-coagulantes desse estado.

Além do maior risco de trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP), elas trazem maior risco de Morbidade Obstétrica como: perdas fetais de repetição, descolamento prematuro de placenta (DPP), restrição do crescimento fetal (RCF) e formas graves de DHEG.

Hereditárias:

- Presença do Fator V de Leiden;
- Mutação do gene da protrombina;
- Deficiência de antitrombina;
- Deficiência das proteínas C e S;
- Hiper-homocisteinemia (também pode ser adquirida por deficiência nutricional) Adquiridas: Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF)

5.1.1. CRITÉRIOS DE INVESTIGAÇÃO:

- Antecedente de TVP ou TEP prévio ou atual;
- Perdas fetais recorrentes (três ou mais perdas fetais repetidas e inexplicadas com menos de 10 semanas de gestação, excluídas as causas hormonais, anomalias morfológicas e cromossomopatias);
- Um ou mais óbitos fetais prévios não explicados por outras causas;
- Um ou mais partos prematuros com feto morfologicamente normal antes das 34 semanas, devido a DHEG na forma grave, eclampsia ou insuficiência placentária.
- Descolamento prematuro de placenta prévio;
- História familiar de trombofilia;

OBS: TODOS os casos de suspeita de trombofilias ou diagnosticados deverão ser discutidos com a Coordenação do PGS.

Fator V Leiden	Mutação protrombina	Deficiência de Antitrombina	Deficiência Proteína C	Deficiência Proteína S
Uma das formas mais frequentes de trombofilia	Aumenta os níveis séricos de protrombina (pró-coagulante)	Trombofilia mais trombogênica – risco de 70 a 90% de trombose ao longo da vida	Glicoproteína dependente de Vit K – inibe a formação de trombina	Proteína vitamina K dependente – cofator necessário para a atividade coagulante de proteína C.
Heterozigoto – 3,6 a 6% da população Homozigoto – 0,02 a 0,1% (risco 100x maior)	Heterozigose – 2 a 3% da população Elevação 150 a 200% níveis séricos protrombina	Prevalência é baixa, mas o risco de desenvolver trombose na gestação é de 60% e, no puerpério, de 33%.	Prevalência de 0,2 a 0,5% Níveis normais de 64 a 128% de atividade Na gestação, considerar alterado se < 60%.	Prevalência 0,8% Níveis normais 55 a 160% de atividade
		Pode ser pesquisado na gestação, mas não deve ser solicitado	Pode ser pesquisado na gestação, mas não deve ser solicitado	Não deve ser pesquisado na gestação, na pré- menopausa, durante uso de TRH ou ACO,

Pode ser pesquisado na gestação	Pode ser pesquisado na gestação	durante o uso de heparina ou na fase aguda de eventos trombóticos.	durante o uso de heparina ou na fase aguda de eventos trombóticos.	anticoagulante oral, hepatopatia e fase aguda de trombose.

5.1.2 HIPERHOMOCISTEINEMIA E MUTAÇÂO MTHFR**

A **hiperhomocisteínemia** associa-se ao maior risco de trombose venosa e arterial por mecanismos complexos que envolvem alterações endoteliais, de função plaquetária e de fibrinólise.

A homocisteína é produto intermediário na conversão de metionina em cisteína, transformação dependente da enzima Metiltetrahidrofolatoredutase (MTHFR). Quando esta enzima esta deficiente há acumulo de homocisteína. O principal

defeito é uma mutação pontual (C677T ou A1298C) que torna a MTHFR termolábil e menos eficiente.

Também podem causar hiper-homocisteínemia deficiência das vitaminas B12, B6 e ácido fólico.

Na gestação são considerados **normais os níveis de até 12 µmol/L**. De 16 a 24 µmol/L considera-se hiperhomocisteínemia leve, de 25 a 100 µmol/L, moderada e maior que 100 µmol/L, grave.

A heterozigose para a MTHFR é encontrada em torno de 11% dos indivíduos, entretanto, é o fenótipo resultante desses defeitos enzimáticos, a HIPERHOMOCISTEINEMIA, que causa o aumento de risco de tromboembolismo. Deve-se solicitar a **dosagem sérica de Homocisteína** e não a pesquisa de mutação da MTHFR.

O **tratamento adequado** para contrapor os efeitos aterotrombóticos e ateroscleróticos da hiperhomocisteinemia é **a reposição de ácido fólico**, e não a anticoagulação dessas pacientes.

5.1.3 SÌNDROME DOS ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDES

Caracteriza-se por estado de hipercoagulabilidade mediada por anticorpos trombogênicos, que desencadeiam eventos tromboembólicos venosos, arteriais e perdas fetais recorrentes.

Essas gestantes apresentam maior risco de abortamento, óbito fetal, restrição de crescimento fetal, formas graves e precoces de DHEG, prematuridade e descolamento prematuro de placenta.

Os critérios diagnósticos são bem definidos, obedecendo às normas da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia.

5.1.3.1 Critérios clínicos:

a) Trombose vascular

5.1.3.1.1 Um ou mais episódios de trombose arterial, venosa ou de pequenos vasos em qualquer tecido ou órgão, com exceção de trombose venosa superficial. Deve ser confirmado por estudo de imagem ou histopatologia.

b) Morbidade obstétrica

5.1.3.1.2 Um ou mais óbitos de fetos morfologicamente normais, documentados por ultrassonografia ou exame macroscópico direto, com 10 ou mais semanas de gestação.

5.1.3.1.3 Um ou mais partos prematuros com neonato morfologicamente normal até 34 semanas de gestação, consequente à DHEG grave, eclampsia ou insuficiência placentária.

Três ou mais abortamentos espontâneos inexplicados antes de 10 semanas de gestação, excluídas causas anatômicas ou hormonais maternas e alterações genéticas do casal.

5.1.3.2 Critérios Laboratoriais

a) **Anticoagulante lúpico (AL)** presente no plasma em duas ou mais ocasiões, com intervalo mínimo de 12 semanas, detectado segundo as normas da Sociedade Internacional de trombose e hemostasia

b) **Anticorpo anticardiolipina (aCL) IgG ou IgM** presente no soro ou plasma em títulos moderados ou altos (>40 GPL ou MPL, ou > percentil 99), em duas ou mais ocasiões, com intervalo mínimo de 12 semanas, medidos por ELISA padronizado.

c) **Anticorpo anti-β_2-glicoproteina-I IgG ou IgM** presente no soro ou plasma (em títulos > percentil 99), em duas ou mais ocasiões, com intervalo mínimo de 12 semanas, medidos por ELISA padronizado.

O intervalo entre o evento clínico e o marcador laboratorial não pode ser inferior a 12 semanas nem superior a 5 anos.

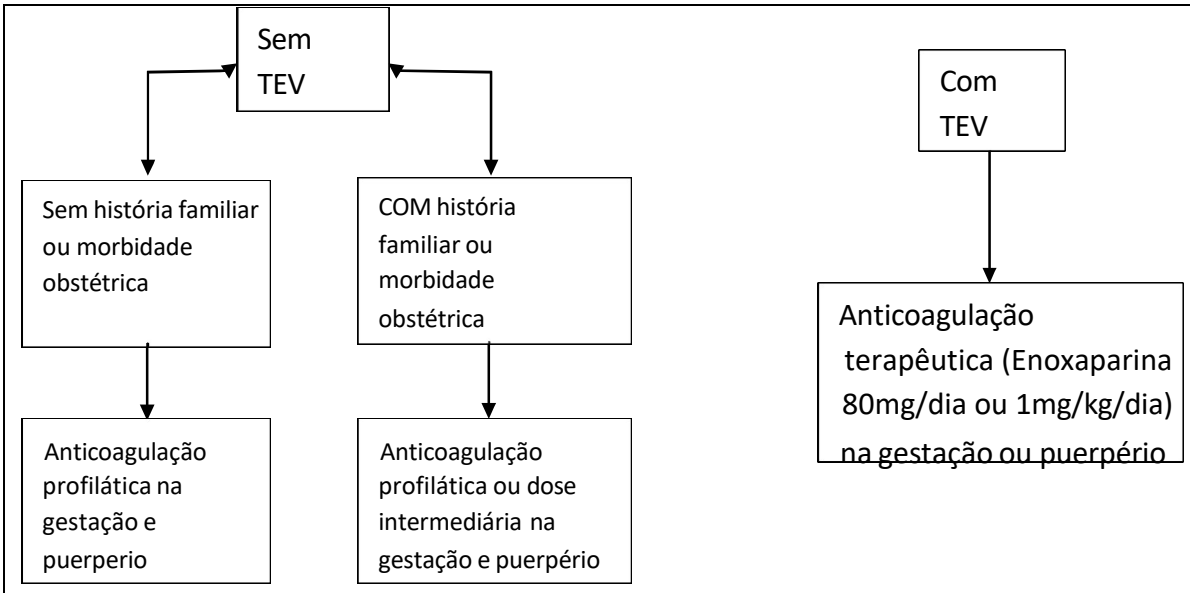
5.1.4 SEGUIMENTO PRÉ-NATAL:

- Utilizar meias elásticas durante toda a gestação, parto e puerpério;
- Trocar anticoagulação das pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais por heparina, preferencialmente antes da 6ª semana;
- Pacientes com SAAF: Iniciar AAS 100mg/dia tão logo tenha β-HCG positivo;
- **Encaminhar as pacientes com suspeita ou confirmação de trombofilia para a Coordenação do PGS para prescrição e liberação de enoxaparina;**
- Consultas mensais até a 20ª semana e quinzenais após esse período. Alguns casos podem precisar de acompanhamento semanal;
- Solicitar Morfológico com doppler com 20 semanas devido ao risco de insuficiência placentária;
- Encaminhar para seguimento na vitalidade fetal a partir da 26ª semana;
- Controle de HMG devido ao risco de plaquetopenia induzida pela heparina **A heparinização dessas gestantes depende do tipo de evento clinico, do tipo de trombofilia e da historia pessoal.**

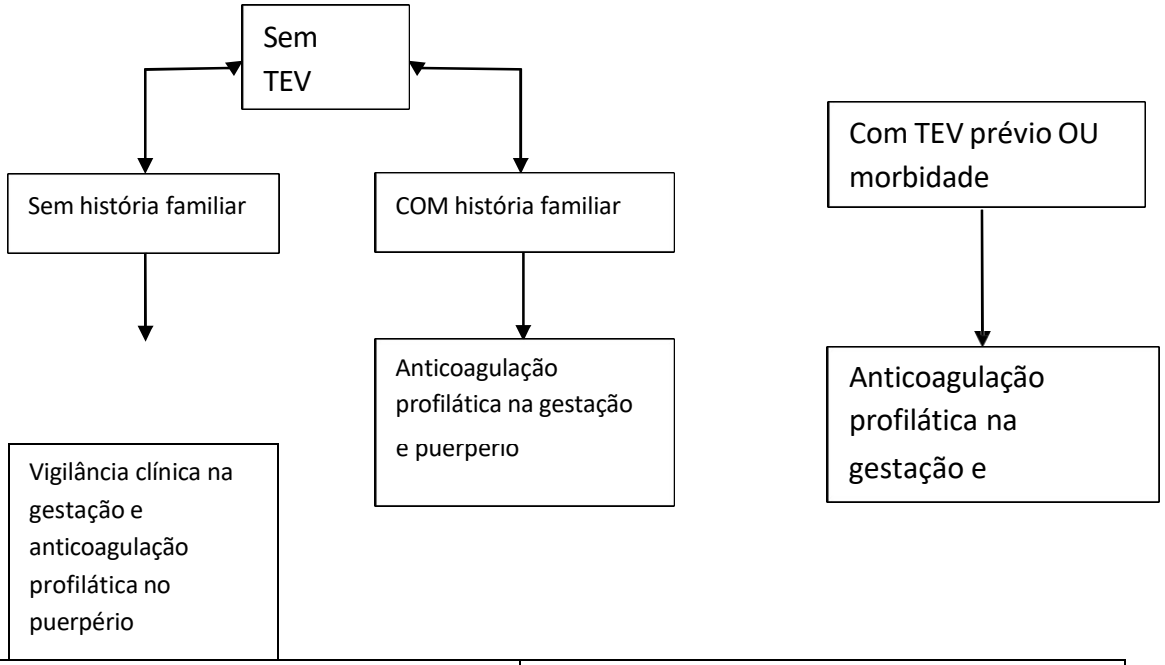
5.1.5 INDICAÇÃO DE ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA SAF

- Morbiletalidade obstétrica ☐ Anticoagulação PROFILÁTICA + AAS
- Tromboembolismo prévio ☐ Anticoagulação TERAPÊUTICA + AAS

Trombofilias de alto risco: Mutação Fator V Leiden ou da protrombina em HOMOZIGOSE, deficiência de antitrombina ou associação de trombofilias.



Trombofilias de baixo risco: Fator V Leiden ou protrombina em HETEROZIGOSE, Deficiência de Proteína C ou proteína S.



Anticoagulação profilática*	Enoxaparina 40mg sc 1xdia Dalteparina 5000UI sc 1x dia Heparina não fracionada 5000UI sc 8/8h

Anticoagulação terapêutica	Enoxaparina 2mg/kg/dia Dalteparina 200UI/kg/dia Heparina não fracionada 10000UI sc 8/8h

*Vide tabela de correção por peso

5.1.6 CONDUTA NO PARTO

- O Parto será programado entre 38 e 40 semanas para possibilitar a suspensão temporária da anticoagulação
- Suspender AAS uma semana antes do parto
- Suspender HBPM 24 horas antes do parto; orientar pacientes a não administrar a medicação caso apresentarem contrações ou perda de líquido e procurar a Maternidade.
- Via de parto OBSTÉTRICA

5.1.7 CONDUTA NO PUERPÉRIO

- A anticoagulação deve ser reintroduzida após 8 a 12 horas do parto e mantida **até o final do puerpério nos casos de maior risco;**
- Estimular deambulação precoce e uso de meias elásticas;
- Orientar paciente a entrar em contato com PGS para dar seguimento do caso.

Histórico de modificações

20/02/2023: Criação do protocolo.

20/02/2025: Revisado sem alterações.

Assinaturas

Dr. Sérgio Paulo P. Der Torossian
Intensivista - Medicina do Esporte
Cardiologista - Ergometria e Reabilitação
CRM 52429

Descrição

1. INTRODUÇÃO

Os desequilíbrios hidroeletrolíticos estão entre os principais problemas clínicos encontrados na emergência e podem ser fatais se não corrigidos adequadamente. Cuidados especiais devem ser dados aos pacientes críticos como vítimas de trauma, grandes queimados, sépticos, portadores de insuficiência cardíaca ou renal, em quimioterapia e mesmo atletas de alto desempenho sintomáticos. Com o avanço das terapias de oncologia cerca de 80 % de pacientes com neutropenia febril pós-quimioterapia possuem algum tipo de anormalidade eletrolítica aumentando o risco de complicações. Do ponto de vista cardiológico, as arritmias cardíacas podem ser geradas ou facilitadas por esses distúrbios, mesmo em corações estruturalmente normais.

Causas iatrogênicas, que podem ser iniciadas na própria sala de emergência, como as relacionadas ao uso de diuréticos ou de reposição hídrica volumosa, como na cetoacidose diabética, são desafios ao dia a dia do clínico. Tendo em vista a importância de uma abordagem adequada, esse estudo tem como objetivo revisar os principais distúrbios eletrolíticos na sala de emergência.

2. DISTÚRBIOS DO SÓDIO

Hiponatremia é a diminuição da concentração sérica de sódio, [Na] < 135 mEq/L ou [Na] < 136 mEq/L. É o distúrbio hidroeletrolítico mais comum em pacientes internados e está associada à aumento da mortalidade. A velocidade de instalação determina a gravidade, sendo que em casos crônicos, há uma adaptação cerebral e menor lesão tecidual. São consideradas emergências os casos de instalação aguda (< 48h) e graves (< 125 mEq/L). Os sintomas mais comuns estão apresentados abaixo.

2.2 Manifestações Clínicas

HIPONATREMIA AGUDA	HIPONATREMIA CRÔNICA
Náuseas, vômitos	Fadiga
Letargia	Náuseas
Cefaleias	Tontura
Câimbras	Alteração de marcha

Desorientação	Confusão
Convulsão, coma	Letargia
Insuficiência Respiratória	Câimbras

2.3 Investigação diagnóstica

Na hiponatremia verdadeira, a osmolaridade sérica é sempre baixa. Se houver hiponatremia com osmolaridade sérica normal ou elevada, está ocorrendo uma pseudo-hiponatremia. Estas situações não representam distúrbios no metabolismo da água e não necessitam de medidas direcionadas para correção do sódio sérico. A hiponatremia verdadeira deve ser interpretada mais como um excesso de água do que um déficit de sódio. Hiponatremia sérica pode acompanhar de diferentes níveis de osmolaridade. Pode existir osmolaridade normal, com aumento da concentração de grandes moléculas (triglicerídeos > 1000 mg/dL e/ou de proteínas > 10 g/dL).

Na hiponatremia hipertônica ocorre hiperosmolalidade (> 295 mOsm/kg H2O) na presença de solutos osmoticamente ativos, como manitol, sorbitol, contraste e glicose com consequente translocação de água do espaço intra para o extracelular com perda de sódio pela diurese osmótica.

Na hiponatremia hipotônica ocorre hiposmolalidade (< 280 mOsm/kg H2O) e, nesse caso, é necessária a avaliação da volemia. Casos de hipervolemia geralmente são atribuíveis à insuficiência cardíaca congestiva, síndromes nefrótica, insuficiência hepática ou gestação. A hipovolemia ocorre nas perdas gastrintestinais, sudorese excessiva, sangramentos ou perdas renais. Em casos de volemia normal deve-se pensar em deficiência de cortisol, de hormônio da tireoide ou síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético. Pacientes tetraplégicos e paraplégicos podem apresentar hiponatremia na vigência de infecções, pois tendem a ter hipovolemia relativa e uma secreção exacerbada de vasopressina durante o estresse.

2.4 Tratamento

O emergencista sempre deve estar atento a sintomas que, se atribuídos ao distúrbio, exige conduta imediata e depende da velocidade de instalação, gravidade, e diagnóstico etiológico. Hiponatremias agudas e graves costumam ser sintomáticas, podendo levar a crises convulsivas (edema cerebral). Nestes casos, o [Na+] pode

ser elevado em até 2 mEq/L/h nas primeiras 2h, até que ocorra melhora nos sintomas. Depois, a velocidade de correção deve ser reduzida para não ultrapassar a recomendação de < 10- 12 mEq/L, nas primeiras 24h. Casos sintomáticos, associados à hipóxia podem produzir aumento de 8 a 10 mEq/L em 4 a 6h com o uso de solução salina hipertônica. Casos crônicos podem ter reposição de 12 mEq/L em 24h. O clínico deve procurar remover a causa: reverter a hipovolemia, suspender o medicamento suspeito, interromper ingestão excessiva de água, repor um hormônio que esteja deficitário (hipotireoidismo, insuficiência suprarrenal, hipopituitarismo) e adequar o tratamento da doença de base (ICC, cirrose).

O diagnóstico etiológico também é essencial para escolha da solução mais adequada da concentração do cloreto de sódio.

2.5 HIPONATREMIA HIPOVOLÊMICA

A preocupação maior deve ser com a correção da volemia. Na maioria das vezes não será necessária reposição de sódio. Em alguns pacientes poderá ser necessária a reposição como nos casos da síndrome perdedora de sal e hiponatremia associada ao exercício.

2.6 HIPONATREMIA HIPERVOLÊMICA

A preocupação é adequar o tratamento da doença de base (restringir líquido e excretar o excesso de água, por exemplo: diuréticos de alça e outras medidas de acordo com a doença de base, funções cardiovascular e renal e sintomatologia). Recentemente, utilizam-se os vaptans que são inibidores dos receptores V2 de vasopressina, capazes de promover diurese de água livre de eletrólitos (aquaréticos).

2.7 HIPONATREMIA EUVOLÊMICA

São causados pela síndrome inapropriada do hormônio antidiurético (SIHAD) e fármacos. A preocupação é remover o agente causal, por exemplo, repor hormônio tireoidiano no hipotireoidismo, repor mineralocorticóide (fludrocortisona) no hipopituitarismo ou insuficiência adrenal, suspender diuréticos tiazídicos ou fármacos que estejam causando SIHAD. Fórmula que pode auxiliar na correção de hiponatremia

$\Delta Na = \frac{Na\ infusão - Na\ paciente}{}$

ACT + 1

ACT = água corporal total. Para homens jovens, a ACT = peso (kg)x 0,6. Em mulheres jovens e homens idosos, ACT = peso (kg) x 0,5. Em mulheres idosas, ACT = peso (kg) x 0,4. A sugestão é usar uma solução com NaCl a 3%.

OBS. Cada litro da solução ofertada ao paciente tende a aumentar a concentração sérica do sódio em valor igual ao resultado da equação.

2.8 HIPERNATREMIA

Hipernatremia é a concentração sérica de sódio > 145 mmol/L. Desenvolve-se a partir de um ganho de sódio ou pela perda de água livre, ou pela combinação desses fatores. Está sempre associada à hiperosmolalidade. Acredita-se que tenha uma frequência de 0,2% nas admissões hospitalares, chegando a 6% nos pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI). Os sintomas mais comuns são vistos no quadro 2. A gravidade destes sintomas está relacionada não só com o grau de hiperosmolaridade, mas, mais importante ainda, com a velocidade com que está se instalou. Os sintomas são devidos às alterações no conteúdo da água cerebral.

2.9 Quadro 2 – Manifestações clínicas da hipernatremia.

Sintomas mais precoces:

- Letargia
- Astenia
- Irritabilidade

Sintomas tardios:

- Convulsões
- Coma

2.10 Investigação diagnóstica

Para o diagnóstico geralmente basta apenas a história clínica. Pode ser corretamente estabelecido pela avaliação do eixo hipotálamohipófise-rim, através da medição da osmolaridade urinária. No quadro 3 estão apresentadas todas as causas que devem ser lembradas pelo clínico.

2.11 Tratamento

O tratamento de emergência deve ser feito para os casos nos quais o sódio sérico está entre 158 e 160 mEq/L e, sobretudo, quando os pacientes estejam sintomáticos. A taxa exata de diminuição da hipernatremia ainda não está bem determinada.

O risco de edema cerebral durante a correção parece estar associado a ações como grande expansão volêmica inicial com solução isotônica, ritmo de administração de volume muito rápido, hipernatremia severa no início do tratamento (167 mEq/L e uma taxa de correção de 1 mEq/h versus 0,5 mEq/h) de concentração sérica de sódio.

A escolha do fluido inicial não parece interferir na ocorrência de complicações neurológicas. A hidratação deve ser limitada em 6,8 mL/kg/h e a correção não maior que 0,05 mEq/h. A fórmula de Adrogue-Madias já citada pode ser utilizada na hipernatremia. Em casos de hipovolemia se corrige com uso de solução salina fisiológica até a estabilização. Nos casos de diabetes insípidus central ou gestacional, desmopressina pode ser dada ao paciente para interromper a poliúria.

Fórmula para auxiliar correção de hiponatremia

$$\Delta Na = \frac{Na\ infusão - Na\ paciente}{ACT + 1}$$

Quadro 3 - Causas de hipernatremia

1. Perda de água não substituída

A. Perdas

- ✓ Sudorese: febre; exposição a altas temperaturas
- ✓ Exercícios
- ✓ Queimaduras
- ✓ Infecções respiratórias

B. Perdas gastrintestinais

- ✓ Vômitos
- ✓ Diarreia osmótica: lactulose; má absorção, algumas enterites. Infecciosas

C. Perdas renais

- ✓ Diabetes insípida central

a) Idiopática;

b) Traumatismo craniano, encefalopatia, neurocirurgias, isquemia;

c) Doenças granulomatosas ou infeciosas;

d) Neoplásica - primária ou metastática (mama, pulmão).

1. Diabetes insípida nefrogênica
   a) Falha no aumento da permeabilidade do traumatismo craniano à água em resposta à HAD Congênita Fármacos: lítio, demeclociclina Hipercalcemia, hipocalemia
   b) Interferência com o mecanismo de contracorrente

- ✓ Diurese osmótica: glicose, ureia, manitol;
- ✓ Diuréticos de alça Insuficiência renal aguda e crônica
- ✓ Hipercalcemia, hipocalemia
- ✓ Anemia das células falciformes

c) Aumento da degradação periférica da HAD: gravidez

D. Disfunção hipotalâmica

- ✓ Hipodipsia primária
- ✓ Hipernatremia essencial

E. Perda de água para dentro das células: Exercício intenso, convulsões, rabdomiólise

2. Ganho de sódio

- ✓ Ingestão de sódio ou de água do mar
- ✓ Infusão de cloreto ou bicarbonato de sódio hipertônico
- ✓ Alimentação entérica hipertônica, enemas ou eméticos hipertônicos
- ✓ Diálise hipertônica
- ✓ Hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing

3. DISTÚRBIOS DO POTÁSSIO

O potássio é o cátion mais abundante no corpo e sua concentração sérica é regulada entre 3,5 a 5,0 mEq/L. É essencialmente intracelular (98%) o que torna difícil a dimensão de seu déficit com medidas dos níveis séricos.

3.2 Hipocalemia

Hipocalemia é a concentração de potássio sérico < 3,5 mEq/L, considerada uma anormalidade eletrolítica mais encontrada na prática clínica. Ocorrendo, inclusive, em cerca de 50% de pacientes sobreviventes da RCP após fibrilação ventricular. **Manifestações clínicas**

Em hipocalemias graves < 2,5 mEq/L, os tecidos mais afetados passam a ser os músculos e células renais tubulares com aparecimento de fraqueza, ou paralisias, com níveis séricos em torno de 2 mEq/L, podem causar paralisia ascendente e insuficiência respiratória. Além disso, a miopatia pode evoluir para rabdomiólise, gerando mioglobinúria e insuficiência renal aguda. No coração, as principais alterações do ECG são mostradas no quadro 4.

3.3 Quadro 4. Alterações do ECG

ALTERAÇÕES DE REPOLARIZAÇÃO	ANORMALIDADES DE CONDUÇÃO
Diminuição amplitude onda T	Aumento de duração QRS
Ondas U proeminentes	Bloqueio Atrioventricular
Depressão de ST	Aumento de duração e amplitude onda P
Fusão de ondas T e U (hipocalemia grave)	Prolongamento do PR
Prolongamento do intervalo QT	Parada cardiorrespiratória

3.4 Investigação diagnóstica

As causas possíveis associadas a fármacos de hipocalemia devem ser lembradas pelo emergencista e são apontadas no quadro 5. O uso de agonistas β_2 adrenérgicos, insulina, diuréticos, anfotericina B e aminoglicosídeos.

Outras causas podem ser paralisia hipocalêmica periódica, alcalose, hipotermia, perdas como diarreia, vômitos, baixa ingestão como na anorexia ou por distúrbios endocrinológicos como hipercortisolismo, hiperreninemia, hiperaldosteronismo e acidose tubular renal.

É frequente na ICC, causada pelo estresse oxidativo e por ação neuro-hormonal. A hipomagnesemia está associada à hipocalemia e deve se repor magnésio em casos refratários.

3.5 Tratamento

Há poucos estudos na literatura que nos garanta evidências sólidas da forma de tratamento da hipocalemia. Para maioria dos autores o tratamento por via venosa deve ser instituído com níveis de 3,0- 2,5 mEq/L ou sintomas associados à hipocalemia. O clínico deve basear o tratamento considerando se há urgência para o paciente.

Deve ter em mente as causas, e sua possível reversão é um dos grandes objetivos.

Definir se a causa principal é uma translocação celular ou um déficit real de potássio. O desequilíbrio acidobásico também deve ser considerado.

O clínico deve lembrar que a reposição de potássio por via venosa é uma causa comum de hipercalemia intra-hospitalar. Para a maioria dos autores quando necessária a reposição por via venosa essa não deve ultrapassar 20 mEq/h. Alguns autores sugerem diluição de solução fisiológica a 0,45% com uma concentração máxima de 40 mEq/L de cloreto de potássio em acesso periférico e 60 mEq/L em acesso central. O paciente deve receber monitorização cardíaca.

Pode-se estimar uma elevação de 1 mEq/4h no potássio sérico, quando em ritmo de 20 mEq/h. Porém devem-se levar em consideração outros fatores como reversão ou não de causa de perdas ou translocação. Alguns autores sugerem infusões mais rápidas (infusão inicial de 2 mmol/min por 10 minutos, seguido por 10 mEq/L em 5-10 minutos) quando de arritmias instáveis.

3.6 Hipercalemia

É definida como K > 6,0, ocorrendo em cerca de 1,3% de pacientes internados, chegando a 10% quando K > 5,3. Índices altos parecem estar associados a mal prognostico e estudos recentes mostram que mesmo índices entre 4,5 e 5,5 têm pior desfecho clínico.

3.7 Manifestações clínicas

Os sintomas são inespecíficos geralmente ocorrendo apenas em casos graves.

A tabela 1 apresenta as principais alterações do ECG.

3.8 Investigação diagnóstica

Podem-se dividir as causas de hipercalemia:

1) Situações clínicas que levam ao aumento da liberação de K+ de dentro das células: acidose metabólica, deficiência de insulina, hiperglicemia, hiperosmolaridade.

2) Lesão celular: várias condições associam-se com a liberação de potássio das células de forma aguda, como trauma, hemólise intravascular, transfusões, infecções graves, radioterapia e lise tumoral.

3) Excreção urinária diminuída: hipoaldosteronismo, insuficiência renal aguda, insuficiência renal crônica.

4) Diminuição do volume circulante efetivo: insuficiência cardíaca congestiva, síndrome nefrótica, cirrose.

5) Acidose tubular renal tipo I, distúrbio da secreção tubular de K+ , ureterojejunostomia. 6) Efeito de fármacos: anti-inflamatórios não hormonais (AINH), Inibidores da ECA, ciclosporina, diuréticos poupadores de potássio (amilorida, triantereno), digoxina, antagonistas da aldosterona (espironolactona), heparina, intoxicação digitálica, betabloqueadores, succinilcolina (em pacientes queimados, trauma ou doença neuromuscular).

3.9 Quadro 5. Causas de Hipocalemia associada a fármacos

DESLOCAMENTO DE K TRANSCELULAR	PERDA RENAL DE K	PERDAS INTESTINAIS
Þ2 agonistas	Diuréticos	Diarreias
Agentes tocoliticos	Mineralocorticoides	Fenoltaleina
Teofilina	Glucocorticoides altas doses	Sulfato de poliestireno sódico
Cafeína	Ant: penicilina, ampicilina	
Verapamil	Farmacos de depletam Mg: aminoglicosídeos, foscarnet, anfotericina B	
Cloroquina		
Overdose de insulina		

3.10 Tabela 1 Alterações no ECG associadas a Hipercalemia

HIPERCALEMIA LEVE	HIPERCALEMIA MODERADA
Ondas T altas em pico	Bloqueio Atrio ventricular de 1º grau

Bloqueios fasciculares	Ondas P de baixa amplitude
	Depressão de ST

3.11 Tratamento

A abordagem deve levar em consideração o grau e a causa da hipercalemia.

O emergencista deve analisar o cenário clínico, o eletrocardiograma (ECG) e os níveis séricos de potássio, quanto mais alta e rápida a elevação do potássio e maior a evidência de toxicidade, mais agressivo o tratamento.

O conhecimento da função renal é fundamental para a estratégia de tratamento, quando a função renal é normal, pois os fármacos de translocação de potássio costumam ser suficientes, já para níveis moderados a graves de hipercalemia (> 6,5 mEq/L) e disfunção renal todas as estratégias inclusive a diálise pode ser necessária.

3.12 Avaliação e sequência de atendimento

a) Avaliação do paciente para potencial toxicidade, monitorização (ECG);

b) Caso haja repercussão eletrocardiográfica, o uso de cálcio (gluconato a 10%,1gr), é utilizado para estabilização da membrana e pode provocar influência na diminuição da frequência cardíaca. Atenção para contraindicações: intoxicação digitálica e estados de hipercalcemia;

c) Identificar e excluir, caso exista a fonte de potássio (checar prescrições);

d) Aumentar o deslocamento do potássio do espaço extra para o intracelular. Vários estudos relatam o efeito da insulina usada em doses de 10 a 20 UI (cada 1 UI/2,5 g de glicose) com diminuições de potássio sérico de 0,45 a 0,87 mEq/L em até 15 minutos. Essa redução foi sustentável até duas horas depois da administração. A utilização de β_2-adrenérgicos inalatórios nas doses de 10 a 20 mg obteve resposta em 30 minutos na maioria dos estudos com resposta menor que a insulina, mas semelhante após 2h32,33, doses por via venosa de 0,5-2,5 mg.

Os mais comuns efeitos adversos foram taquicardia, tremores, palpitação e leve ansiedade34. Dois estudos investigaram a infusão de bicarbonato na abordagem da hipercalemia. Em um estudo houve pequena

diminuição em 30 minutos35 (0,47 mEq/L) e, em outro, não houve diminuições significativas em relação ao placebo.

e) Aumentar a excreção do potássio. Ensaio clínico que estudou a resina sulfato de polistireno sódico encontrou significativa diminuição dos níveis de potássio em relação ao placebo em 4 horas nos pacientes dialíticos. Há estudos que relataram aumentos paradoxais do potássio com o uso de resinas.

3.13 Tratamentos combinados

Alguns estudos avaliaram o tratamento combinado na hipercalemia. Um estudo identificou diminuição significativa dos níveis de potássio com a utilização de insulina combinada com nebulização de albuterol comparando-se com cada tratamento isolado. Observou-se um efeito máximo em 60 minutos com diminuições de 1,2 mEq/L ± 0,19 mEq/L)3.

3.14 Hemodiálise

Alguns estudos avaliaram o uso da hemodiálise na hipercalemia. O aumento de fluxo sanguíneo e dialisados com baixos níveis de potássio foi descrito como grandes responsáveis por diminuições substanciais de potássio.

3.15 Frequência para determinação dos níveis séricos de potássio

A frequência é baseada em opinião de especialistas. Depois de 1 ou 2h da intervenção inicial par verificar se houve eficiência nas medidas implantadas.

4. DISTÚRBIOS DO CÁLCIO

Os níveis de cálcio sérico são mantidos em torno de 8,5-10,5 mg/ dL (2,1-2,6 mmol/L). O clínico deve-se lembrar de que diminuições da albumina abaixo de 4 mg/dL podem diminuir os níveis séricos totais de cálcio sem alterar o cálcio ionizado (acrescenta-se 0,8 mg/dL a cada diminuição de 1 mg de albumina). Hipocalcemia Conceitualmente é a diminuição de cálcio menor que 8,5 mg/dL ou cálcio ionizado menor que 1 mEq/L.

4.2 Manifestações clínicas

Dependem da rapidez da instalação do déficit e se correlacionam com a hipomagnesemia. Geralmente não aparecem até um cálcio sérico total de 7,0–7,5 mg/dL.

Nos casos agudos aparecem sintomas neuromusculares- como tetania, mialgia, câimbras e mesmo disfagia, psiquiátricos - como ansiedade, irritabilidade, psicose, demência, e cardíacos - como prolongamento do segmento ST, aumento do intervalo QT e ondas T invertidas, além de ser causa reversível de miocardiopatia. No exame físico observam-se os sinais de Trousseau e Chvostek, além de hiperreflexia. Apesar de mais raros podem ser observados laringoespasmo, broncoespasmo, convulsões e papiledema.

4.3 Investigação diagnóstica

Uma vez que a hipoalbuminemia foi afastada, o diagnóstico pode normalmente ser feito medindo os níveis séricos de calcidiol e PTH intato41.

As causas podem ser deficiência de vitamina D (intestino curto, má absorção, desnutridos, cirróticos, doença renal crônica), hipoparatireidismo (retirada inadvertida das paratireoides, doenças autoimunes, congênitas, radiação), pseudo-hipoparatireoidismo (não respondem ao PTH que está elevado), consumo tecidual de cálcio (pancreatites, malignidades, metástases), sepse, precipitação com fosfato: síndrome da lise tumoral e rabdomiólise.

4.4 Tratamento

Havendo hiperfosfatemia, deve-se corrigi-la primeiro porque há risco de precipitação. Nos casos sintomáticos usa-se gluconato de cálcio (94 mg de cálcio elementar, 10 mL), 2 ampolas, por via venosa, em 10 a 20 minutos, uma vez que a infusão rápida pode causar assistolia. Manter infusão de 0,5 a 1,5 mg de cálcio elementar por kg por hora, durante 4 a 6h. Em pacientes dialíticos, o cálcio pode ser acrescentado na diálise.

Em casos assintomáticos, leves ou crônicos pode-se usar suplementação oral com 1000-2600 mg/d.

5. HIPERCALCEMIA

Define-se com Ca > 11 mg/dL. Geralmente é assintomático até 12 mg/dL.

Manifestações clínicas

Os sintomas são inespecíficos e os gastrintestinais são os mais comuns: anorexia, náusea, vômitos dor abdominal e constipação. Fadiga, letargia e fraqueza muscular também podem estar presentes.

Pode induzir a diabetes insípidus nefrogênica com intensa poliúria com piora da hipercalcemia pela depleção de volume.

Em casos graves, podem ocorrer úlcera péptica, nefrocalcinose, pancreatite e mesmo hipertensão, no eletrocardiograma pode haver diminuição do intervalo QT.

Acima de 16 mg/dL pode haver psicose orgânica, alucinações, estupor e coma.

5.2 Investigação diagnóstica

As causas principais são hiperparatireioidismo e malignidades em até 80% dos casos. Outras causas: doenças granulomatosas: tuberculose, sarcoidose, hanseníase pela produção de calcitriol por monócitos e macrófagos, hipercalcemia, hipocalciúrica familiar45.

Causas induzidas por fármacos (lítio, estrogênios, tiazídicos, vitamina D, andrógenos, vitamina A), imobilização, nutrição parenteral total, doença renal aguda e crônica, tireotoxicose.

5.3 Tratamento

A terapia inicial constitui em hidratação vigorosa com solução cristalóide para diminuir a reabsorção tubular proximal de sal, água e cálcio. De acordo com a possibilidade associada à função renal e cardíaca 200-500 mL/h podem ser necessários.

Diuréticos de alça podem ser utilizados após a reposição volêmica para aumentar a calciúria. A calcitonina (4-12 UI, por via muscular a cada 12h, 2 a 3 dias) tem sido usada em casos graves e tratamentos curtos.

Os bifosfonados (pamidronato, clodronato, etidronato, ácido zoledrônico, ibandronato) têm sido usados para reabsorção óssea excessiva. Principalmente o pamidronato (90 mg, por via venosa a cada 4h), ácido zoledrônico (4 mg, por via venosa em 15 minutos).

Os corticosteróides são utilizados nas formas associadas ao aumento do calcitriol (doenças granulomatosas (40-60 mg por dia). Recentemente foram introduzidos no mercado agentes calciomiméticos46 e têm sido usados em casos sem possibilidade cirúrgica.

O denosumabe é um anticorpo monoclonal contra RANKL, uma citocina essencial no desenvolvimento dos osteoclastos, os resultados preliminares mostram que é mais efetivo que os bifosfonados (camozzi).

6. DISTÚRBIOS DO MAGNÉSIO

O magnésio é o quarto cátion mais abundante no organismo, e o segundo cátion mais prevalente no meio intracelular. É essencial para a função de enzimas importantes, metabolismo energético celular, estabilização de membranas, condução nervosa, transporte iônico e atividade dos canais de cálcio.

O rim é o principal órgão envolvido na homeostase do magnésio corporal total, aproximadamente 95% do magnésio filtrado é reabsorvido pelo néfron e o rim pode diminuir até 0,5% sua excreção devido à diminuição da ingestão, aumentos de perdas intestinais ou com a redistribuição do espaço extra para o intracelular48. Em função da maior quantidade de magnésio se encontrar no intracelular ou no osso, os níveis séricos não refletem o magnésio corporal total.

Os níveis de magnésio sérico estão entre 1,8 a 2,3 mg/dL. Muitos fatores, tanto hormonais quanto não hormonais (como PTH, calcitonina, glucagon, vasopressina, restrição de magnésio, distúrbios ácido-básicos e depleção de potássio) influenciam nos níveis de magnésio.

7. HIPOMAGNESEMIA

Hipomagnesemia é definida com concentração sérica de magnésio < 1,8 mg/dL49, < 1 mg/dL é considerada grave.

As causas mais comuns que devem ser lembradas pelo clínico podem ser observadas no quadro 1, onde estão associadas a perdas gastrintestinais ou renais.

Perdas pelo trato gastrintestinal ocorrem em situações como diarréia aguda ou crônica, má absorção, esteatorréia e ressecção intestinal extensa.

Há também hipomagnesemia por erro inato do metabolismo (raro) e pancreatite aguda. Outras causas são cirurgia, trauma, infecção ou sepse, queimaduras, transfusão sanguínea com citrato, desnutrição, etilismo e medicações (como diuréticos tiazídicos e de alça, aminoglocosídios, anfotericina B, cisplatina, ciclosporina, digoxina, pentamidina, foscarnet). Hipercalcemia e hipercalciúria diminuem a reabsorção renal de magnésio assim, a perda de magnésio pode ser observada em estados de hipercalcemia assim como hiperparatireioidismo ou malignidade.

Diabetes mellitus é a causa mais comum de hipomagnesemia, provavelmente secundário à glicosúria e diurese osmótica. Dos fármacos implicados em hipomagnesemia, o álcool é muito comum, sendo encontrado em 30% dos pacientes etilistas admitidos no hospital. Existem duas condições que estão associados à perda renal tubular primária de magnésio. Uma caracterizada por hipercalciúria, nefrocalcinose e defeito na acidificação tubular; a outra condição, síndrome de Gitelman, é associada com hipocalciúria e um defeito genético no co-transporte Na/ Cl.

Hipomagnesemia pode também acompanhar outras desordens como hipofosfatemia, síndrome da fome óssea após paratireoidectomia, correção de acidose crônica, nefropatia obstrutiva, transplante renal e a fase poliúrica da necrose tubular aguda.

7.1 Manifestações clínicas

A maioria dos pacientes com hipomagnesemia são assintomáticos e associados a outros distúrbios, hipocalcemia, hipocalemia o que torna a distinção dos sintomas difícil. Os principais sistemas associados às manifestações clínicas na hipomagnesemia são o cardiovascular e neuromuscular. Hipocalcemia geralmente está presente na hipomagnesemia grave e seu grau parece estar relacionado à gravidade da depleção de magnésio. Hiperexcitabilidade neuromuscular pode estar presente com sinais de Chvostek e Trousseau positivos, convulsões, coma e até mesmo óbito podem ser gerados pela hipomagnesemia. O efeito mais ameaçador à vida do distúrbio são as arritmias ventriculares como o Torsades de Pointes.

Investigação diagnóstica

Quadro 6. Causas associadas a hipomagnesemia

RENAIS	GASTROINTESTINAL	REDISTRIBUIÇÃO	ENDÓCRINAS
Diuréticos de alça e tiazídicos	Síndrome de realimentação	Síndrome da fome óssea	Hiperparatiroidismo
Ciclosporina A	Hipomagnesemia infantil primária	Pancreatite aguda	Hipertiroidismo
Foscarnet	Má absorção	Transfusão sanguínea	SIHAD
Pentamidina	Vômitos	Tratamento com insulina	Hiperaldosteronismo
Aminoglicosídeos	Fístula intestinal		Miscelânea
Inibidor de bomba de prótons	Drenagem nasogástrica		Diabetes
Diurese pós obstrutiva	Desnutrição		Alcoolismo cronico
Carbaplatina			

Tacrolimus			
Síndromes genéticas tubulares (Gitelman, Bartter)			
Hipomagnesemia familiar com hipercalciuria e nefrocalcinose			

SIHAD : Síndrome Inapropriada do Hormônio Antidiurético

7.2 Tratamento

Nos casos graves (< 1 mg/dL) e sintomáticos com manifestações neuromusculares e neurológicas ou arritmias a reposição deve ser por via venosa de 2 g de sulfato de magnésio diluídos em 100 mL de solução em 5 a 10 minutos seguido por infusão contínua de 4 a 6 g/d durante 3 a 5 dias se a função renal for próxima ao normal. O magnésio se distribui nos tecidos lentamente, mas a eliminação renal é rápida, com até 50% de uma dose, por via venosa de magnésio excretado na urina. Portanto, o tempo de infusão é importante, e suplementação adicional pode ser necessária após a dose inicial, com reposição total em vários dias. Em virtude do equilíbrio lento de magnésio, entre os espaços séricos e intracelulares e tecidos (por exemplo, o osso, as hemácias, músculo), os níveis séricos de magnésio podem aparecer artificialmente elevados se medidos demasiado cedo, após uma dose administrada. Recomenda-se administrar 50% ou menos da dose de magnésio empírica em pacientes com insuficiência renal para diminuir o risco de hipermagnesemia. Para administração venosa, a concentração de sulfato de magnésio deve ser diluída a 20% (20 g/100 mL) ou menos antes da administração, mas a solução a 50%, não diluída, pode ser administrada por via muscular nos adultos. Levando-se em consideração a existência de um limiar renal para o magnésio, com até 50% de dose venosa eliminada na urina, o sulfato de magnésio deve ser administrado a uma taxa máxima de 1 g/h (8 mEq de magnésio por hora).

8. HIPERMAGNESEMIA

Definida como concentração sérica de magnésio > 2,4 mg/dL.

Manifestações clínicas

Os pacientes com hipermagnesemia moderada (4 - 12,5 mg/dL) podem exibir sinais e sintomas, incluindo náuseas, vômitos, reflexos tendinosos profundos abolidos, hipotensão, bradicardia e alterações do ECG (por exemplo, o aumento do intervalo QRS alargado).

Já a hipermagnesemia grave (> 12,5-32 mg/dL), pode resultar em insuficiência respiratória, hipotensão refratária, bloqueio atrioventricular, parada cardíaca e morte.

8.2 Investigação diagnóstica

As causas mais comuns de hipermagnesemia são: a insuficiência renal e causa iatrogênica.

A medida inicial é descontinuar a administração de magnésio exógena.

8.3 Tratamento

Os pacientes com hipermagnesemia sintomática grave, devem receber cálcio por via venosa para reverter os efeitos cardiovasculares e neuromusculares. Deve-se administrar cloreto de cálcio de 500 - 1000 mg (7,8-13,6 mEq de cálcio) através de um cateter venoso central durante 5-10 minutos e repetir até que os sintomas desapareçam. Em casos de pacientes sem acesso venoso central, administrar 1-3 g de gluconato de cálcio (4,56- 13,7 mEq de cálcio) com infusão durante 3-10 minutos. Pacientes com hipermagnesemia assintomática podem ser tratados com restrição de magnésio, diuréticos de alça, ou hemodiálise. Fármacos que contenham magnésio devem ser evitados em pacientes com insuficiência renal. Níveis séricos de magnésio devem ser monitorados pelo menos uma vez por dia durante o tratamento. Monitorização mais frequente dos níveis séricos de magnésio podem ser necessárias em pacientes sintomáticos, quando o tratamento mais agressivo é usado (por exemplo, diuréticos de alça, hemodiálise). A concentração de magnésio no soro deve ser mantida no intervalo normal (1,5 - 2,4 mg/dL) e hipomagnesemia evitada durante o tratamento.

9. DISTÚRBIOS DO FÓSFORO

O fósforo é o principal ânion intracelular. A concentração sérica normal de fósforo é 2,7 – 4,5 mg/dL. A maior parte de fósforo corporal encontra-se nos ossos e tecidos moles, com cerca de 1% de fósforo total no espaço extracelular. Ao contrário do magnésio, onde a maior importância clínica reside nas consequências da

deficiência, a concentração de fósforo, quando anormal, é mais provável que seja secundária a alguma doença.

O fósforo existe principalmente como fosfato no espaço extracelular e têm muitas funções importantes, incluindo a composição óssea, a composição da membrana celular, a condução nervosa, e da função muscular. Tem papel fundamental nas reações energéticas na forma de adenosina trifosfato (ATP) e exigida em todas as funções fisiológicas, homeostáticas, e metabólicas que exigem energia.

Isto é especialmente importante em pacientes críticos na UTI, que muitas vezes experimentam hipermetabolismo e podem ter exigências mais elevadas de fósforo.

9.2 HIPOFOSFATEMIA

Definida como concentração sérica de fósforo < 2,7 mg/dL**.**

9.3 Manifestações clínicas

Contratilidade diafragmática diminuída e insuficiência respiratória aguda, hipóxia tecidual, diminuição da contratilidade do miocárdio, paralisia, fraqueza, parestesias, disfunção neurológica, convulsões e morte.

9.4 Investigação diagnóstica

Condições subjacentes que predispõem a hipofosfatemia são: desnutrição, reservas corporais inadequadas de fósforo ou administração de fosfato inadequada, alcalose respiratória e metabólica, cetoacidose diabética, alcoolismo, vômitos ou perda gástrica. Alguns medicamentos que podem causar hipofosfatemia: insulina, diuréticos, antiácidos, sucralfato e nutrição parenteral.

Administração de nutrição parenteral pode causar hipofosfatemia se uma quantidade adequada de fosfato não é fornecida, especialmente em pacientes desnutridos que estão em risco de desenvolver síndrome de realimentação.

9.5 Tratamento

Pacientes com hipofosfatemia, sintomática moderada ou grave, junto com os pacientes que não toleram suplementos orais ou receber medicação oral, devem receber suplementação de fosfato, por via venosa 2,5 a 5,0 mg de fosfato por quilo de peso; diluído em solução salina e infundido em 6h. (velocidade máxima 1,5 mL/h).

Durante a reposição de fosfato é recomendado avaliar os níveis de cálcio, magnésio, fósforo e potássio a cada 6h.

Em pacientes com insuficiência renal que não estão sendo tratados com métodos contínuos, recomenda-se administrar < 50% da dose inicial de fósforo empírica. Suplementação adicional em todos os casos deve ser guiada pela resposta clínica com a dosagem inicial.

Existem preparações de fosfato disponíveis como os sais de potássio ou de sódio. Deve-se estar ciente do conteúdo de potássio e de sódio destas preparações. Fosfato de potássio (3 mEq/mL de fósforo, 4,4 mEq/mL de potássio), fosfato de sódio (3 mEq/mL de fósforo, 4 mEq/mL de sódio.

Doses de fosfato são geralmente administradas em infusão durante 4 a 6h para minimizar os efeitos adversos relacionados com a infusão (por exemplo, tromboflebite a partir de fosfato de potássio) e para reduzir o risco de precipitação de fosfato de cálcio.

10. HIPERFOSFATEMIA

É definida quando a concentração sérica de fósforo é > 4,5 mg/ dL. Valores séricos de fósforo devem ser interpretados com cautela uma vez que não pode se correlacionar com reservas corporais totais de fósforo.

10.2 Investigação diagnóstica

A causa mais comum de hiperfosfatemia em pacientes críticos é a insuficiência renal60. Administração oral de fosfato ou por via venosa excessiva, tal como em pacientes de UTI que recebem nutrição parenteral ou enteral especializada, podem também causar hiperfosfatemia, especialmente naqueles com insuficiência renal.

Hiperfosfatemia grave tem sido relatada após o tratamento da constipação com laxantes em pacientes com função renal comprometida. Outras etiologias da hiperfosfatemia incluem acidose (respiratória e metabólica), hemólise, rabdomiólise, hipoparatireoidismo, anfotericina lipossomal e toxicidade da vitamina D.

10.3 Manifestações clínicas

A manifestação clínica mais comum de hiperfosfatemia é relacionada com a hipocalcemia, devido à precipitação de fosfato de cálcio, o que pode levar a tetania e outras manifestações clínicas de hipocalcemia. O risco de precipitação de fosfato de cálcio parece aumentar quando o produto cálcio x fósforo é superior a 55-60 mg2 /dL. Cristais de fosfato de cálcio também podem depositar em tecidos moles e causar lesões a vários órgãos.

10.4 Tratamento

O tratamento de hiperfosfatemia exige identificação e correção da causa subjacente. Os objetivos da terapêutica incluem normalização dos níveis séricos de fósforo (2,7 - 4,5 mg/ dL), evitando ou resolvendo os sintomas de hiperfosfatemia, e manter o produto cálcio x fósforo < 55-60 mg2 /dL.

Deve-se ajustar a ingestão diária de fosfato (por exemplo, em fórmulas para nutrição parenteral ou enteral) em pacientes com insuficiência renal crônica.

Quelantes orais de fosfato, disponíveis como alumínio, cálcio, e sais de magnésio ou como o não iônico sevelamer, podem ser eficazes na redução dos níveis séricos de fósforo.

Quelantes de fosfato, especialmente aqueles que contêm magnésio e alumínio, devem ser usados com cautela. O magnésio pode causar diarreia e o alumínio pode causar constipação. Tanto o magnésio, quanto o alumínio podem-se acumular em pacientes com insuficiência renal e levar a toxicidade. Portanto, os sais de cálcio são preferidos em pacientes com insuficiência renal crônica e quando a terapia em longo prazo é necessária. O sevelamer deve ser reservado para uso em hiperfosfatemia com hipercalcemia em insuficiência renal crônica, ou hiperfosfatemia refratária à outros tratamentos, por ser significativamente mais caro que os outros tratamentos.

A monitorização de rotina dos níveis séricos de fósforo (a cada 24-48h) é aceitável, porém para a maioria dos pacientes com sintomas graves ou aqueles que recebem terapia de substituição renal podem exigir um acompanhamento mais frequente.

Referencial bibliográfico

1. BARBOSA, A. P.; SZTAJNBOK, J. Distúrbios hidroeletrolíticos. Jornal de Pediatria, v.75 (Supl 2), S223, 1999. CORRÊA, M. N.; GONZÁLEZ, F. H. D.; SILVA, S. D. Transtornos metabólicos nos animais domésticos. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária, 2010. 520p.
2. CUNNINGHAM, J. G. Tratado de Fisiologia Veterinária. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p.579.
3. ÉVORA, P. R.; REIS, C. L.; FEREZ, M. A.; CONTE, D. A.; GARCIA, L. V. Distúrbios do equilíbrio hidroeletrolítico e do equilíbrio ácido básico: uma revisão prática. Medicina, v.32, p.451-469, 1999.
4. FREITAS, M. D.; FERREIRA, M. G.; FERREIRA, P. M.; CARVALHO, A. Ú.; LAGE, A. P.; HEINEMANN, M. B.; FILHO, E. J. F. Equilíbrio Eletrolítico e Ácido-base em bovinos. Ciência Rural, v. 40, p. 2608-2615, 2010.
5. GONZÁLEZ, F. H. D.; SILVA, S. C. Introdução à bioquímica clínica veterinária. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2. Ed. 2006. 364 p.
6. MCDONALD, P. Animal Nutrition. 7.ed. Harlow: Prentice Hall, 2011. 692p.
7. SWENSON, M. J.; REECE, W. O. Dukes fisiologia dos animais domésticos. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996. 856p.

8. VALENTIN, P.V. Dietas aniônicas para vacas no pré-parto. Revista Eletrônica Nutritime, v.6, n.5, p.1088-1097, 2009.

Histórico de modificações

20/01/2023: Criação do protocolo.
05/12/2024: Revisado sem alterações.

Assinaturas



Descrição

1. INTRODUÇÃO
2. ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO

A infecção hospitalar por bactéria multirresistente pode causar ao paciente pior prognóstico, internação prolongada, uso de mais antibióticos, entre outras complicações. Portanto, é indicado empenho máximo para prevenção da transmissão dessas bactérias entre os pacientes, sendo extremamente importante:

- Higienizar as mãos e seguir precaução padrão ao atender qualquer paciente;
- Seguir precauções de contato ao atender os portadores de bactérias multirresistentes.

Quando a bactéria multirresistente está colonizando um único paciente, as precauções de contato são suficientes para conter a disseminação. Mas às vezes a bactéria é endêmica na unidade, podendo voltar a aparecer em outro paciente algum tempo depois. Isso ocorre porque há diversos "reservatórios" da bactéria que são de difícil identificação (exemplo: outros pacientes). Nesses casos, o empenho visa diminuir a incidência da bactéria entre os pacientes, ainda que ela não seja definitivamente eliminada da unidade de internação. O objetivo deste manual é orientar os profissionais de saúde sobre as medidas básicas de prevenção das infecções hospitalares através de uma padronização clara e objetiva. Trata-se de medidas simples, porém essenciais, sendo de execução obrigatória na rotina de um hospital.

3. PRECAUÇÕES PADRÃO

Aplicar em todas as situações de atendimento a pacientes, independente de suspeita de doença transmissível, para prevenir a transmissão de microrganismos inclusive quando a fonte é desconhecida. Protegem o profissional, e previnem a transmissão cruzada entre pacientes.

4. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Com água e sabão (sempre que a mão apresentar sujidade) ou gel alcoólico (quando não apresentar sujidade nas mãos), após contato com fluidos corpóreos, após manipular materiais e equipamentos contaminados, após retirar luvas, antes e após contato com qualquer paciente.

5. LUVAS

Se houver risco de contato com sangue ou outros fluidos corpóreos. Trocar as luvas entre procedimentos no mesmo paciente se houver contato com secreções contaminantes. Calçar luvas limpas antes de manipular mucosas ou pele não íntegra. Não tocar superfícies com as luvas (ex.: telefone, maçaneta). Retirar as luvas imediatamente após o uso, e higienizar as mãos.

6. AVENTAL

Se houver risco de respingo ou contato da pele ou roupas do profissional com fluidos, secreções ou excreções do paciente (ex: dar banho, aspirar secreção, realizar procedimentos invasivos). Dispensar no "hamper" após o uso. Não usar o mesmo avental para cuidados a pacientes diferentes.

7. MÁSCARA, ÓCULOS, PROTETOR FACIAL

Sempre que houver exposição da face do profissional a respingos de sangue, saliva, escarro ou outros fluídos e secreções de pacientes. O profissional que apresentar infecção das vias aéreas (ex.: gripe, resfriado), deve utilizar máscara cirúrgica até a remissão dos sintomas.

8. PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM PERFUROCORTANTES

Não reencapar a agulha. Não desconectar a agulha da seringa antes do descarte.
Disponibilizar caixas de descarte em locais de fácil acesso.

9. DESCONTAMINAÇÃO DO AMBIENTE

Realizar limpeza concorrente do mobiliário e bancadas a cada plantão.
Realizar limpeza terminal na alta do paciente. Limpar e desinfetar superfícies sempre que houver presença de sangue ou secreções.

10. ARTIGOS E EQUIPAMENTOS

Todos os artigos e equipamentos devem ser submetidos a limpeza e desinfecção ou esterilização antes de serem usados para outro paciente.

11. ISOLAMENTO DE CONTATO

Padrão de resistência de microrganismos a serem mantidos em precaução de contato

Bactéria	Padrão
P. aeruginosa	Ceftazidima/cefepime–R ou Imipenem/meropenem -R
A baumanii	Ceftazidima -R ou imipenem/meropenem - R
Enterobactérias ***(Klebsiella* sp, *Enterobacter* sp, *Serratia* sp, *E. coli)***	cefalosporina de terceira e quarta geração–R ou ESBL + ou carbapenemases + ou carbapenêmicos-R.
S. aureus	Oxacilina – R ou Vancomicina - R
Enterococcus sp	Vancomicina -R
Clostridium difficille	-

- Realize higienização das mãos com água e sabão ou álcool gel antes e após o contato com o paciente. Manter um (1) metro de distância entre o leito do isolamento e outros leitos.
- Use luvas não estéreis e avental para realizar procedimentos que facilitem o contato com os líquidos corporais do paciente.
- Manter o paciente em quarto privativo, quando possível, principalmente quando houver secreção de difícil controle, como traqueostomia ou diarréia.
- Equipamentos como Estetoscopios, Termômetros Esfigmomanometros e outros devem ser de uso exclusivo do paciente e higienizados após o uso.
- Fazer o descarte dos EPI's (luvas aventais) dentro do quarto e higienizar as mãos após o uso.
- Não deixar caixa de material (luva, máscara) ao lado do paciente.
- Proceder a limpeza e desinfecção de equipamentos como monitores, bombas, e painéis de respirador com surfa safe ao final de cada plantão.
- Evitar levar os prontuários ao lado do paciente, especialmente apoiar no mobiliário pelo risco de contaminação
- Orientação aos acompanhantes quanto a higienização, restringindo deambulação entre leitos.
- Se o paciente for transferido da UTI para a enfermaria: manter rigorosamente as precauções de contato e todas as recomendações pertinentes para o manejo do paciente dentro do hospital. A identificação de Isolamento de contato deve estar no prontuário.
- Após a alta, realizar limpeza terminal rigorosa e minuciosa das superfícies fixas, equipamentos, e saída de gases da unidade do paciente. Deve-se dar atenção especial à inspeção dos colchões, com substituição daqueles que apresentarem ruptura do cobrimento.

12. Transporte do Paciente:

- Deverá ser evitado. Quando necessário o material infectante deverá estar contido, (com curativo, avental ou lençol), para evitar contaminação de superfícies;
- Se paciente realizar exame e/ou procedimento fazer a desinfecção com álcool 70% da maca ou cadeira de transporte e proteger com lençol e desprezá-lo logo em seguida;

- Avisar o local de realização de exame que o paciente está em isolamento de contato.



13. ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO

As infecções de transmissão respiratória podem exigir precauções com gotículas ou com aerossóis, a depender da doença.

14. GOTÍCULAS

A transmissão por gotículas ocorre através do contato próximo com o paciente. Gotículas de tamanho considerado grande (>5 micras) são eliminadas durante a fala, respiração, tosse, e procedimentos como aspiração. Atingem até um metro de distância, e rapidamente se depositam no chão, cessando a transmissão. Portanto, a transmissão não ocorre em distâncias maiores, nem por períodos prolongados. Exemplos de doenças transmitidas por gotículas: Doença Meningocócica, Rubéola, H1N1 em situação de cuidados de rotina como: sinais vitais, aplicações de medicações, acessos, cuidados gerais.

15. PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA GOTÍCULAS QUARTO PRIVATIVO

Obrigatório.

Pode ser compartilhado entre portadores do mesmo microrganismo.

14.14.1 MÁSCARA. Usar máscara cirúrgica ao entrar no quarto.

A máscara deve ser desprezada na saída do quarto.

14.14.2 TRANSPORTE DO PACIENTE

Evitar.

Quando for necessário sair do quarto, o paciente deverá usar máscara cirúrgica.
Comunicar o diagnóstico do paciente à área para onde será transportado.



16. AEROSSÓIS

A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por gotículas.
Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala ou tosse se ressecam e ficam suspensas no ar, permanecendo durante horas e atingindo ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes, pois são carreadas por correntes de ar. Destinam-se às situações de suspeita ou confirmação de: Tuberculose pulmonar ou laríngea

- Sarampo
- Varicela
- Herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido
- Situações especiais como influenza aviária ou influenza AH1N1 nos casos de procedimentos que geram aerossóis (ex: entubação, aspiração e inalação).

17. PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA AEROSSÓIS

➢ QUARTO PRIVATIVO

Obrigatório, com porta fechada e ventilação externa.
Preferencialmente deve dispor de sistema de ventilação com pressão negativa e filtro de alta eficácia (no momento não disponíveis no HRLB).

- MÁSCARA

É obrigatório o uso de máscara cirurgíca ao entrar no quarto. Deve ser colocada antes de entrar no quarto e retirada somente após a saída, e utilizar a máscara N95 somente o profissional que for aspirar este paciente, a mesma deverá ser descartada no final de cada turno de trabalho.

- TRANSPORTE DO PACIENTE

Evitar: Quando for necessário sair do quarto, o paciente deverá usar máscara cirúrgica. Comunicar o diagnóstico do paciente à área para onde será transportado.



18. PACIENTES TRANSFERIDOS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES

Pacientes transferidos de outras instituições podem estar colonizados por bactérias multirresistentes que, se forem introduzidas no hospital, podem propiciar transmissão cruzada entre os pacientes e até surtos. Portanto, estão recomendadas no HRLB as seguintes medidas preventivas:

17.17.1 Seguir as recomendações abaixo para:

- Pacientes institucionalizados acamados;

- Pacientes transferidos de outros hospitais;
- Pacientes provenientes do HRLB, mas que tenham permanecido por mais de 24h em outro hospital para realização de exames ou procedimentos.

17.17.2 Manter o paciente sob precauções de contato.

17.17.3 Colher na admissão culturas de vigilância dos seguintes materiais:

- Urina
- Pele (umedecer o swab com soro fisiológico estéril e passar nas regiões de intertrigo)
- Secreção traqueal (quando paciente entubado ou traqueostomizado)
- Secreção de orofaringe (quando não entubado)
- Secreção de úlceras por pressão, de ferida cirúrgica e de outras lesões visíveis na pele
- Swab retal ou fezes para pesquisa de enterococo vancomicina-R

17.17.4 Após resultados das culturas de vigilância:

Manter precauções de contato se forem detectadas bactérias multirresistentes (Quadro em isolamento de contato).

Caso contrário, manter apenas precauções padrão.

17.17.5 OBSERVAÇÕES:

- Culturas cuja coleta é invasiva (exemplo: hemocultura) são indicadas apenas a critério clínico, quando existe suspeita de infecção, e não devem ser colhidas com a finalidade de vigilância.
- Não devem ser trocados cateteres centrais e sondas, a não ser que se verifiquem infecções associadas a esses dispositivos (exemplo: secreção visível no local de inserção do cateter).

19. O ISOLAMENTO DE CONTATO DEVE SER MANTIDO ATÉ A ALTA DO PACIENTE

Mesmo pacientes que recebem antibiótico permanecem colonizados após a cura da infecção, podendo transmitir a bactéria para outros pacientes através do contato. O tempo de Isolamento pode ser diminuído em alguns casos, mas não deve ser tomado como rotina. Caso haja previsão de estadia muito prolongada do paciente, o caso deverá ser avaliado pela CCIH a fim de verificar possibilidade de suspender o isolamento antes da alta (obs.: essa concessão não poderá ser feita a portadores de enterococo vancomicina-R).

18.18.1 Critérios para encurtar o isolamento

Duas culturas negativas consecutivas, com intervalo de uma semana, em dois materiais:

1. Outro material em que a bactéria é geralmente encontrada. Tabela abaixo
2. O material em que foi inicialmente isolada a bactéria.

OBS: Não realizar com essa finalidade culturas invasivas (ex: hemocultura, líquor, líquidos cavitários, lavado bronco-alveolar).

- As culturas devem começar a ser colhidas apenas:
- Após a suspensão dos antibióticos, para os pacientes considerados infectados.

No mínimo 3 semanas após a primeira cultura, para os pacientes que não receberem tratamento para infecção pela bactéria multi-R

Bactéria	Material recomendado
S.aureus	Pele e secreções
P.aeruginosa	Secreção traqueal, orofaringe
A.baumannii	Secreção traqueal, orofaringe
Klebsiella sp, Enterobacter sp, Serratia sp, E.coli	swab retal, secreção traqueal e orofaringe
Enterococcus sp.	swab retal, ou fezes

(colonizados).

RELAÇÃO DAS INFECÇÕES, CONDIÇÕES E MICRORGANISMOS QUE EXIGEM A APLICAÇÃO DE PRECAUÇÕES PARA ISOLAMENTO

Infecção/Condição/Microrganismo	Recomendação de Precauções	
	Tipo	Período
ABSCESSO Drenando: sem curativo ou com curativo não contido Drenando com curativo oclusivo contido	C P	DS
AIDS (ver HIV):		
ACTINOMICOSE	P	
ADENOVÍRUS, infecção por: Lactante e pré-escolar	Rg+C	DD
AMEBÍASE	P	
ANGINA DE VINCENT	P	
ANTRAX: cutâneo e pulmonar	P	
ASCARIDÍASE	P	
ASPERGILOSE	P	
BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES (ver tabela a partir da página 16) Colonização/infecção: solicitar avaliação da CCIH	C*	
BABESIOSE	P	
BOTULISMO	P	
BRONQUIOLITE: ver infecções respiratórias em lactentes e pré-escolares		
BRUCELOSE	P	
CANDIDÍASE : todas as formas	P	
CAXUMBA	Rg	Início TU por 9 dias
CELULITE: drenagem não controlada	C	DD
CANCRO MOLE (Chlamydia trachomatis): Conjuntivite, genital e respiratória	P	
CISTICERCOSE	P	
Clostridium botulinum	P	
Clostridium difficile	C	DD
Clostridium perfringens: Intoxicação alimentar e gangrena gasosa	P	
CÓLERA	C	
COLITE ASSOCIADA A ANTIBIÓTICO	C	DD
CONJUNTIVITE: Bacteriana aguda e gonocócica Viral aguda (hemorrágica aguda)	P C	DD

COQUELUCHE	Rg	TE 5 dias
CREUTZFELDT-JACOB, doença	P	
CRIPTOCOCOSE	P	
CITOMEGALOVIROSE: Neonatal ou em imunossuprimido	P	
DENGUE	P	
DERMATOFITOSE	P	
DIARREIA: ver gastroenterite		
DIFTERIA: Cutânea Faríngea	 C Rg	 TA+2CN** TA+2CN**
DOENÇA DE MÃO, PÉ E BOCA: ver enterovirose		
DONOVANOSE (granuloma inguinal)	P	
ENCEFALITE: ver agente específico		
ENDOMETRITE	P	
ENTEROBÍASE	P	
ENTEROCOLITE - *Clostridium difficile*	C	DD
ENTEROCOLITE NECROTIZANTE	P	
ENTEROVIROSE (Coxackie e Echovirus) Adulto Lactante e pré-escolar	 P C	 DD
EPIGLOTITE	Rg	TE 24 h
ERITEMA INFECCIOSO: ver parvovírus B19		
ESCABIOSE	C	TE 24 h
ESPOROTRICOSE	P	
ESQUISTOSSOMOSE	P	
ESTAFILOCOCCIA - *S.aureus:* Pele, ferida e queimadura: - com secreção não contida - com secreção contida Enterocolite Multirresistente: ver bactérias multirresistentes Pneumonia Síndrome da pele escaldada Síndrome do choque tóxico	 C P 1 P P P P	
ESTREPTOCOCCIA - *Streptococcus* Grupo A Pele, ferida e queimadura: - com secreção não contida - com secreção contida Endometrite (sepsis puerperal) Faringite: lactante e pré-escolar Pneumonia: lactante e pré-escolar Escarlatina: lactante e pré-escolar	 C P P Rg Rg Rg	 TE 24 h TE 24 h TE 24 h
ESTREPTOCOCCIA - *Streptococcus* Grupo B Neonatal	P	
ESTREPTOCOCCIA- *Streptococcus* Grupo não A não B	P	
ESTREPTOCOCOS MULTIRRESISTENTES (pneumococo e enterococo): ver		

bactérias multirresistentes.		
ESTRONGILOIDÍASE	P	
EXANTEMA SÚBITO	P	
FEBRE AMARELA	P	
FEBRE POR ARRANHADURA DO GATO	P	
FEBRE POR MORDEDURA DO RATO (*Streptobacillus moniliformis* ou *Spirilum minus*)	P	
FEBRE RECORRENTE	P	
FEBRE REUMÁTICA	P	
FEBRE TIFOIDE: ver gastroenterite		
FURUNCULOSE ESTAFILOCÓCCICA: Lactantes e pré-escolares	C	DD
GANGRENA GASOSA	P	
GASTROENTERITE *Campylobacter* spp, *Cholera* spp, *Criptosporidium* spp *Clostridium difficile* *Escherichia coli:* Enterohemorrágica 0157:4H e outras espécies: - diarreia não contida - diarreia contida *Giardia lamblia* Rotavirus *Salmonella* spp (inclusive *S.typhi*) *Shigella* spp *Vibrio parahaemolyticus* Viral: outros vírus - diarreia não contida - diarreia contida *Yersinia enterocolitica*	C C C P P C P P P P C P P	1 1 DD
GIARDÍASE: ver gastroenterite		
GONORREIA	P	
GUILLAIN-BARRÈ, síndrome de	P	
HANSENÍASE	P	
HANTAVÍRUS PULMONAR	P	
Helicobacter pylori	P	
HEPATITE VIRAL: Vírus A: - Uso de fralda ou incontinente Vírus B (HBs Ag positivo), vírus C e outros: - sem sangramento - com sangramento, não contido Vírus E	P C P C P	2
HERPANGINA: ver enterovirose		
HERPES SIMPLES: Encefalite Neonatal Mucocutânea, disseminada ou primária e grave Mucocutânea, recorrente (pele, oral e genital)	P C C P	3 DD DD

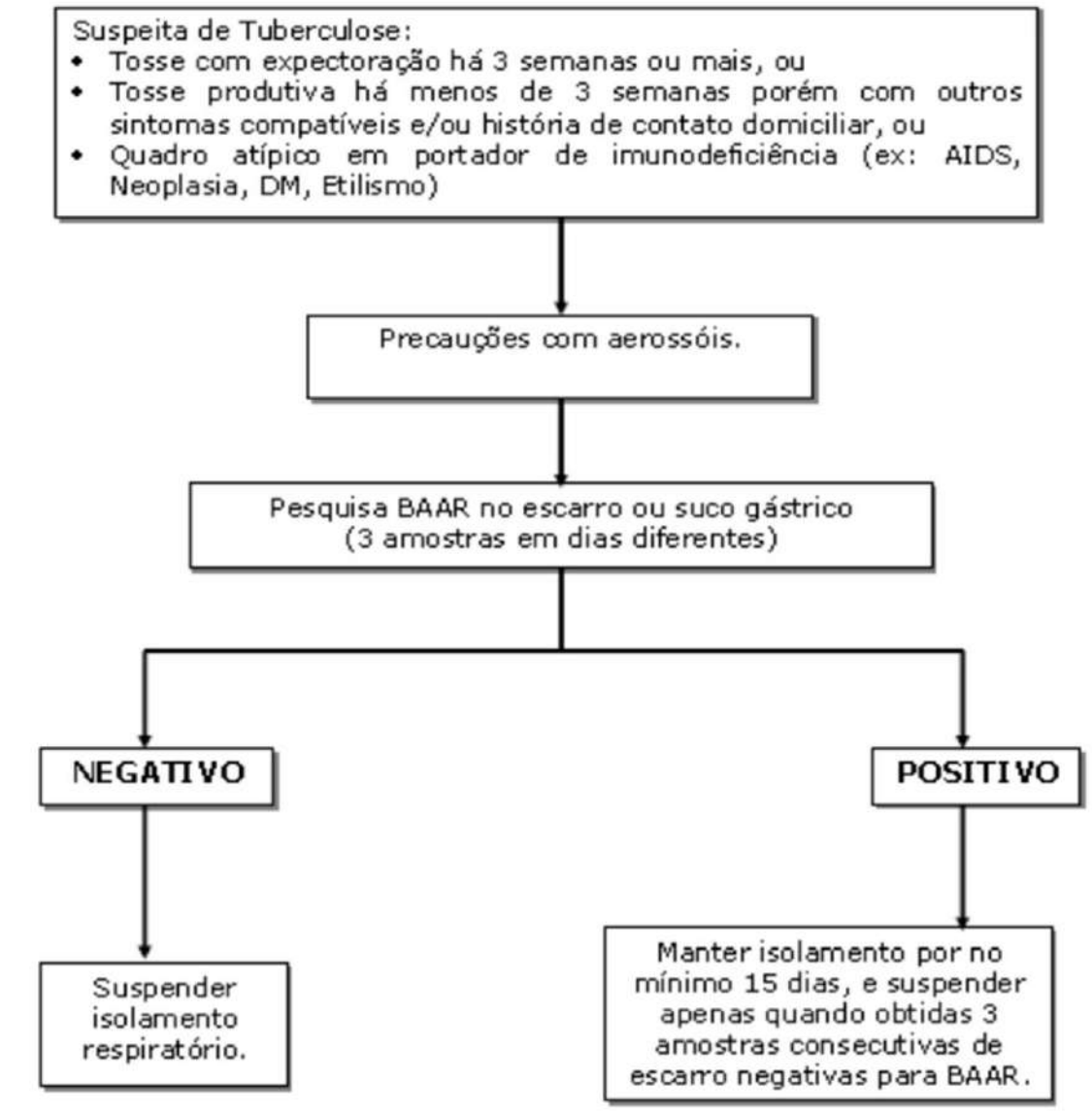
HERPES ZOSTER Localizado em imussuprimido Disseminado (mais de 1 dermátomo) Localizado em imunocompetente	 Ra+C*** Ra+C*** P	 DD(LC) DD(LC)
HIDATIDOSE	P	
HISTOPLASMOSE	P	
HIV, infecção por: Sem sangramento Com sangramento não contido	 P C	
IMPETIGO	C	TE 24 h
INFECÇÃO DE CAVIDADE FECHADA	P	
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	P	
INFECÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO EM LACTANTES E PRÉ ESCOLARES OU BRONQUIOLITE Vírus Sincicial Respiratório e Vírus Parainfluenzae	 C	
INFLUENZA: A, B, C	Rg	DD
INTOXICAÇÃO ALIMENTAR POR: C.*botulium, C.perfringens, C.welchii e estafilocóccica*	P	
KAWASAKI, síndrome de	P	
LEGIONELOSE	P	
LEPTOSPIROSE	P	
LISTERIOSE	P	
LYME, doença de	P	
LINFOGRANULOMA VENÉREO	P	
MALÁRIA	P	
MELIOIDOSE	P	
INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA	P	
MENINGITE: Asséptica (não bacteriana e não viral) Bacteriana gram negativos entéricos, em neonatos Fúngica *Haemophilus influenzae* (suspeita ou confirmada) *Listeria monocytogenes* *Neisseria meningitidis* (suspeita ou confirmada) Pneumocócica Tuberculosa Outra bactéria não citada acima	 P P P Rg P Rg P 4 P P	 TE 24 h TE 24 h
MENINGOCOCCEMIA	Rg	TE 24 h
MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTE (ver bactérias multirresistentes)		
MOLUSCO CONTAGIOSO	P	
MONONUCLEOSE INFECCIOSA	P	
MUCORMICOSE	P	
MICOBACTERIOSE ATÍPICA (não *M. tuberculosis*): Pulmonar e cutânea	P	
NOCARDIOSE	P	
OXIUROS, infecção por	P	

PARACOCCIDIOIDOMICOSE (*P. brasiliensis*): Pulmonar ou cutâneo	P	
PARVOVÍRUS B19: Doença crônica em imunossuprimido Crise aplástica transitória ou de células vermelhas	 Rg Rg	 DI 7 dias
PEDICULOSE	C	TE 24 h
PERTUSSIS (COQUELUCHE)	Rg	TE 5 dias
PESTE: ubônica Pneumônica	 P Rg	 TE 3 dias
PLEURODÍNEA: ver enterovirose		
PNEUMONIA: Adenovírus *Burkholderia cepacia* em fibrose cística incluindo colonização do trato respiratório *Chlamydia* Fúngica Haemophilus influenzae - adultos - lactantes e crianças de qualquer idade *Legionella* spp Meningocóccica *Mycoplasma* (pneumonia atípica primária) Outras bactérias não listadas (incluindo gram-negativos) Pneumocócica *Pneumocystis jiroveci* *Pseudomonas cepacia*: ver pneumonia por *Burkholderia cepacia* *Staphylococcus aureus* *Streptococcus*, grupo A - adultos - lactantes e pré-escolares Viral - adultos - lactantes e pré escolar	Rg+C 5 P P P P Rg P Rg Rg P P 6 P P P Rg P C	 DD TE 24 TE 24 DD TE 24 h
POLIOMIELITE	P	
PSITACOSE (ORNITOSE)	P	
RAIVA	C	
REYE, síndrome de	P	
RITTER (síndrome da pele escaldada estafilocócica)	P	
RIQUETSIOSE	P	
RUBÉOLA: - congênita	Rg C7	IR 7 dias
SALMONELOSE: ver gastroenterite		
SARAMPO	Ra	DD
SHIGELOSE: ver gastroenterite		
SÍFILIS: Pele e membrana mucosa (incluindo congênita, primária, secundária). Lactante (terciária) e soro positivo sem lesões	 P P	
SÍINDROME DA PELE ESCALDADA	P	
TENÍASE	P	

7 = Manter precauções até 1 ano de idade (a menos que cultura viral de urina e nasofaringe sejam negativos após 3 meses de idade).

TUBERCULOSE PULMONAR

NORMAS PARA ISOLAMENTO DE CRIANÇAS E ADULTOS INTERNADOS



TÉTANO	P	
TINEA	P	
TOXOPLASMOSE	P	
TRACOMA AGUDO	P	
TRICOMONÍASE	P	
TRICURÍASE	P	
TRIQUINOSE	P	
TUBERCULOSE: Extra-pulmonar com lesão drenando Extra pulmonar, meningite e outras sem drenagem Pulmonar (suspeita ou confirmada) Laríngea (suspeita ou confirmada) Mantoux: reator (> 5mm) sem evidência de doença pulmonar ou laríngea atual	P+Ra P Ra Ra P	 TE+MC TE+MC
TULAREMIA: lesão drenando ou pulmonar	P	
TIFO: endêmico e epidêmico (não é por *Salmonella* spp)	P	
VARICELA	Ra+C	LC 100%
VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	C	durante toda a internação
ZIGOMICOSE (ficomicose / mucormicose)	P	
DOENÇAS EMERGENTES:		
ANTRAX	Ra+C	
INFLUENZA AVIÁRIA / SUÍNA	Ra+C	
SARS	Ra+C	
VARIOLA	Ra+ C***	

P= Padrão; C= Contato; Rg= Respiratória para gotículas; Ra= Respiratória para aerossóis; DD= Durante a doença; DS= Duração da secreção; PN= Pesquisa negativas; DI= Durante a internação; LC= Até todas as lesões ficarem crostosas; IR= Inicio do "rash"; MC= Melhora clínica; TA= Terapêutica antibacteriana; TE= Terapêutica eficaz; TU= Tumefação.

* A definir por CCIH de cada Instituto.
** Até 2 culturas negativas em dias diferentes.
*** Evitar ingresso no quarto de susceptíveis.

1 = Usar precauções de contato para criança em uso de fraldas ou incontinente < 6 anos durante a doença
2 = Manter precauções em < 3 anos durante toda a hospitalização e em > 3 anos até 2 semanas do início dos sintomas.
3 = Para recém-nascido via vaginal ou cesariana de mãe com infecção ativa e ruptura de membranas por mais de 4 a 6 horas.
4 = Investigar tuberculose pulmonar ativa.
5 = Evitar contato de pacientes com fibrose cística não colonizados ou infectados com *B. cepacia* com este paciente.
6 = Evitar colocar no mesmo quarto com paciente imunossuprimido

Referencial Bibliográfico

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Medidas de precaução padrão e por transmissão: manual para o profissional da saúde*. Brasília: ANVISA, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Controle de infecção hospitalar: guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Segurança do Paciente: Higienização das Mãos em Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Atlanta, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge – Clean Care is Safer Care*. Geneva: WHO, 2009.

Histórico de modificações

20/01/2025 – Criação do documento.

Assinaturas

Dr. Sérgio Paulo P. Der Torossian
Intensivista - Medicina do Esporte
Cardiologista - Ergometria e Reabilitação
CRM 52429

Descrição

OBJETIVO

Padronização dos cuidados a gestante com diagnóstico de óbito fetal intrauterino.

APLICAÇÃO

Maternidades.

RESPONSABILIDADES

Coordenadores de equipe médica da obstetrícia: orientar protocolo e garantir seguimento das condutas preconizadas;

Coordenadores e supervisores de enfermagem: difundir informação e garantir seguimento das condutas preconizadas.

DEFINIÇÕES

ÓBITO FETAL: óbito do produto conceptual após a 20ª semana de gestação.

5. DESCRIÇÃO / METODOLOGIA

5.1 Fatores etiológicos

5.1.1 Causas maternas

- Síndromes hipertensivas
- Obesidade materna
- Gestação prolongada
- Disfunções tireoidianas
- Diabetes não controlado
- Infecções congênitas
- Infecção intra-amniótica
- Isoimunização RHAnemia falciforme
- Quimioterápicos, anticoagulantes orais

- Álcool e drogas ilícitas
- Síndrome anticorpo antifosfolípide

5.1.2 Causas feto-anexiais

- Restrição de crescimento fetal grave (percentil < 3)
- Malformações congênitas e anomalias cromossômicas
- Descolamento prematuro de placenta, placenta prévia e insuficiência placentária
- Nós verdadeiros de cordão ou torção exagerada
- Prolapso de cordão
- Rotura de vasa prévia

5.2 Conduta clínica assistencial

Constatado o óbito fetal, é necessário analisar alguns elementos para definir qual a melhor conduta a ser adotada.

História obstétrica anterior partos vaginais ou cesarianas devido ao risco de rotura uterina em pacientes com cesárea anterior;

Doenças clínicas e obstétricas estabilização do quadro clínico materno;

Presença de malformações fetais que podem dificultar a indução: hidrocefalia grave ou hidropsia, por exemplo;

Avaliar apresentação, peso fetal, idade gestacional, altura uterina e condições do colo uterino;

Fatores de coagulação.

5.3 Conduta expectante

Deve ser preferida, principalmente nos casos com cesárea anterior.

Observar risco de coagulopatia com avaliação semanal de hemograma e coagulograma.

Considera-se retido quando permanecer intraútero por tempo superior a 4 semanas.

- São contraindicações: RPMO, corioamnionite, DPP, placenta prévia, aloimunização Rh, retenção do feto morto, coagulopatia e distúrbio psíquico.

5.4 Conduta ativa

5.4.1 Internação da gestante com óbito fetal intrauterino

Internar paciente em leito reservado e permitir presença de familiar durante toda a internação

Não internar paciente com outras gestantes e/ou puérpera, em respeito a privacidade e dor do casal.

Capacitar equipe de enfermagem para dar assistência adequada e humanizada ao casal

5.4.2 Contra-indicações absolutas:

Duas ou mais cesáreas

Rotura uterina

Monstruosidades duplas

Cicatriz uterina que não seja a segmentar transversa

- Placenta prévia ou massa tumoral prévia (ex: mioma)

5.4.3 Na ausência de contra-indicações,

Colher hemograma, coagulograma e tipagem na admissão.

- A dose de misoprostol depende da idade gestacional, altura uterina e antecedente de cesárea anterior, conforme tabela abaixo:

	Condições do colo	Sem cesárea anterior	Com cesárea anterior
IG < 28 semanas ou altura uterina < 26cm	Bishop < 5	Misoprostol 200µg a cada 4 horas. Se não ocorrer em 24 horas, suspender o tratamento por 12 horas e começar novo ciclo com 400µg de 6 em 6 horas.	Preparo de colo com misoprostol de 50 via vaginal a cada 4 horas ou 100 µg a cada 6 horas, com dose máxima de 600 µg em 24 horas, suspendendo-se a terapia e recomeçando após 24 horas
	Bishop ≥ 5	Indução com ocitocina 5 a 10UI em 500mL de SG5%.	Indução com ocitocina.
IG ≥ 28 semanas ou altura uterina maior que 26 cm	Bishop < 5	Preparo de colo com miso 50 µg a cada 4 horas.	Misoprostol de 25 µg de 4 em 4 horas, conforme protocolo de maturação cervical.
	Bishop ≥ 5	Indução com ocitocina	Indução com ocitocina.

Observação: pode ser considerado o uso do método de Krauser para maturação do colo**, a depender da experiência do médico assistente,** e amniotomia como medida ocitócica para estimular trabalho de parto.

5.4.4 Alteração de coagulograma

A coagulopatia do feto morto é crônica, manifestando-se geralmente após o parto, no momento da dequitação.

Deve-se usar heparina 1000U por hora ev em bomba de infusão até que o fibrinogênio seja maior que 150mg% e as plaquetas estejam em número superior a 100.000/mm3.

A indução do parto deve ser concomitante ao tratamento da coagulopatia.

5.5 Assistência ao parto

Usar analgesia sempre que possível. Droga de primeira escolha – **Dolantina**.

Evitar episiotomia;

Uso de fórcipe é contraindicado.

Fazer revisão cuidadosa do canal de parto com avaliação do segmento inferior nos casos de cesárea anterior;

Usar ocitocina após a dequitação da placenta.

Solicitar anatomopatológico do feto e da placenta

Prescrever Rhogan nas gestantes Th negativas não sensibilizadas;

Inibição da lactação com **Cabergolina.**

Referencial Bibliográfico

1. **Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (ABGO).** (2021). *Protocolo para manejo do óbito fetal intrauterino*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 43(5), 234-243.
2. **Gonçalves, L. F., & Oliveira, M. C.** (2020). *Cuidados obstétricos em situações de óbito fetal intrauterino: Abordagem clínica e psicológica*. São Paulo: Editora Médico-Científica.
3. **Ministério da Saúde do Brasil.** (2017). *Manual de cuidados obstétricos e neonatais: Gestão de complicações durante a gestação*. Brasília: Ministério da Saúde.
4. **Santos, P. C., & Silva, J. R.** (2019). *Gestação prolongada e suas complicações: Abordagem obstétrica e manejo de óbito fetal intrauterino*. *Revista Brasileira de Epidemiologia Obstétrica*, 38(4), 312-319.
5. **Kline, J. T., & Morgan, J. P.** (2018). *Stillbirth: Etiology, management, and outcomes*. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(2), 105-112.

Histórico de modificações

20/02/2023 – Criação do documento.
20/02/2025 – Revisado sem alterações .

Assinaturas

Dr. Sérgio Paulo P. Der Torossian
Intensivista - Medicina do Esporte
Cardiologista - Ergometria e Reabilitação
CRM 52429

Descrição

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) é uma doença relativamente comum e potencialmente fatal que requer um diagnóstico rápido e preciso. O seu tratamento apropriado, quando logo instituído, é altamente eficaz, reduzindo o risco de recorrência e, consequentemente, de mortalidade. A chave para que o tratamento do TEP seja bem sucedido é a sua estratificação de risco. Os pacientes com embolia não maciça, de baixo risco, têm um prognóstico excelente com o uso de anticoagulantes, enquanto aqueles que se apresentam com um quadro hipotensão ou choque, TEP maciço, podem se beneficiar com o uso de trombolíticos ou de embolectomia associado a anticoagulação intensiva. Para avaliação do risco de complicações podem ser usados: o índice prognóstico de Geneva, a dosagem dos níveis séricos de troponina, e o Ecocardiograma. Esse último, identifica pacientes com disfunção ventricular direita que apesar de estarem estáveis no início da apresentação do quadro, TEP submaciço, podem apresentar choque cardiogênico e morte durante a hospitalização. Para esses pacientes existe um debate, bastante acirrado, na literatura, a respeito do benefício ou não, dos trombolíticos.

1. **Tratamento Inicial**

1.1 Anticoagulantes

Para os pacientes hemodinamicamente estáveis, os quais constituem maioria na apresentação clínica inicial do TEP, um tratamento anticoagulante bem conduzido é capaz de interromper a propagação do trombo e prevenir recorrências. A eficácia dos anticoagulantes para esse fim já está comprovada e trabalhos prévios relatam redução na mortalidade e na recorrência de TEP fatal. Os anticoagulantes correntemente utilizados são a heparina não fracionada (HNF), e a heparina de baixo peso molecular (HBPM). Eles estão formalmente recomendados para o tratamento diante da suspeita clínica de TEP agudo. Recentemente, foi desenvolvido um inibidor seletivo sintético do fator Xa, o fondaparinux, aprovado na América do Norte para o tratamento da trombose venosa profunda e do TEP, baseado em 2 ensaios clínicos de não inferioridade à enoxaparina e à HNF.

A HNF, a primeira a ser estudada e a mostrar benefício, é administrada por via IV, de forma contínua, na dose de 18 UI/kg/h, precedida por um bolo, IV, de 80 UI/kg. A sua administração requer monitorização através do TTPa, o qual deve ser mantido entre 1,5 a 2,5 vezes o seu valor controle para se alcançar o alvo

terapêutico. Também pode se lançar mão de um nomograma para facilitar os ajustes das doses. Nos casos de requerimento de altas doses de heparina para se alcançar esse alvo, está indicado o teste do fator anti-Xa como guia para se obter níveis de heparina entre 0,3 e 0,7 UI/ml. Esse teste mostrou, em ensaio clínico randomizado, ser tão efetivo e seguro quanto o TTPa para os ajustes das doses.

As desvantagens da HNF são:

- ✓ a necessidade de frequente monitorização laboratorial;
- ✓ resposta anticoagulante imprevisível, que requer frequentes ajustes das doses;
- ✓ a ocorrência de trombocitopenia, que apesar de incomum pode ser muito grave quando associada a fenômenos trombóticos.
- ✓ resistência terapêutica, definida como um requerimento maior do que 35.000 UI/dia para alcançar um TTPa adequado.

Essas deficiências da HNF estimularam o desenvolvimento das HBPM, cujas vantagens incluem:

- ✓ uma resposta anticoagulante mais previsível;
- ✓ administração por via subcutânea, em 1 ou 2 doses diárias, dispensando a monitorização dos seus níveis séricos na maioria das vezes;
- ✓ uma incidência menor de trombocitopenia.

Uma metanálise de estudos em pacientes com TEP sintomático não maciço ou TEP assintomático no contexto de trombose venosa profunda, mostrou que as HBPM são, no mínimo, tão eficazes e seguras quanto o tratamento intravenoso com HNF. Nessa metanálise não houve diferença, estatisticamente significativa, entre recorrência de tromboembolismo venoso precoce e tardio, e incidência de sangramento maior, entre os 2 tipos de heparina. Como resultado, importante diretriz internacional recomenda o uso preferencial de HBPM para o tratamento inicial de pacientes com TEP não maciço.

O tratamento com HBPM mostrou também ser custo-efetivo numa coorte de pacientes hipotéticos com TEP não maciço, quando comparado com a HNF, a despeito do seu preço mais alto, por proporcionar uma economia de custos em decorrência de alta hospitalar mais precoce e possibilidade de tratamento a nível ambulatorial. As doses terapêuticas das HBPM disponíveis no Brasil são descritas na tabela 1.

Situações existem onde a HNF tem uma preferência mais clara no cenário de TEP, quais sejam:

- ✓ na presença de insuficiência renal grave,
- ✓ em pacientes instáveis,
- ✓ quando uma reversão rápida dos efeitos anticoagulantes pode ser necessária.

1.2 **Trombolíticos**

Comparados com a heparina, os trombolíticos proporcionam uma resolução mais rápida da obstrução embólica pulmonar, melhorando a perfusão pulmonar, a hemodinâmica e as trocas gasosas. O seu uso, entretanto, deve ser criterioso e individualizado, tendo em vista o risco de sangramento intracraniano não desprezível relatado em publicações prévias. Existe um amplo consenso de que esses agentes devem ser usados como medicação de primeira linha em pacientes com TEP e choque ou hipotensão arterial grave (TEP maciço), a menos que haja uma contraindicação absoluta (sangramento interno ativo ou sangramento intracraniano recente).

Na verdade, numa metanálise de 11 estudos randomizados publicada por Wan et al., em 2004, o uso de trombolíticos reduziu significativamente a recorrência de TEP ou morte, apenas no subgrupo de pacientes com instabilidade hemodinâmica representados em 5 desses estudos.

Alguns autores têm preconizado o uso de trombolíticos num cenário de TEP e pressão arterial normal, quando existe evidência clínica ou ecocardiográfica de disfunção ventricular direita (TEP sub-maciço). No único estudo randomizado que reproduziu bem essa situação, Konstantinides et al., mostrou que o uso de alteplase mais HNF, comparado com o uso isolado de HNF, reduziu significativamente os desfechos de morte hospitalar ou de piora clínica necessitando de escalonamento terapêutico (uso de catecolaminas, entubação endotraqueal, ressuscitação cardiopulmonar, trombólise secundária ou necessidade de embolectomia de emergência).

A crítica que se faz a esse estudo é que esse benefício foi obtido principalmente às custas da menor necessidade de trombólise de resgate por parte do grupo que usou alteplase, e que essa decisão era tomada de forma aberta após ser permitida a quebra do código de randomização. De qualquer forma, o uso dos trombolíticos no TEP em pacientes estáveis com disfunção ventricular direita permanece controverso e novos estudos são necessários para se comprovar a sua superioridade sobre a anticoagulação convencional e definir o risco benefício do seu emprego nessa condição clínica específica. A alteplase e a estreptoquinase

são os trombolíticos disponíveis no Brasil para uso no TEP maciço. A preferência recai sobre o primeiro devido ao seu efeito mais rápido e ao curto período de infusão em que é administrado. O uso concomitante da heparina é opcional com a alteplase e deve ser evitado quando se usa a estreptoquinase. Alguns autores recomendam o reinício da HNF após o uso do trombolítico, quando o TTPa estiver menor que 80 segundos. As doses dos trombolíticos estão especificadas na tabela 2.

1.3 Tratamento não farmacológico (embolectomia)

Um terço dos pacientes, aproximadamente, com TEP maciço, não pode receber tratamento farmacológico com trombolíticos devido a contraindicações absolutas. Duas alternativas de embolectomia, através de cirurgia ou de cateter, podem ser empregadas, sendo ambas indicadas no caso de TEP maciço, em pacientes altamente selecionados, quando há insucesso ou contraindicação ao uso de trombolíticos.

A embolectomia cirúrgica é utilizada em situações de emergência para aliviar a obstrução pulmonar aguda. Esse procedimento pode ser associado a complicações como síndrome do desconforto respiratório do adulto, mediastinite, insuficiência renal aguda e grave sequela neurológica.

A morbidade e a mortalidade, entretanto, podem ser reduzidas quando o tratamento cirúrgico é imediato e realizado por uma equipe experiente.

A outra alternativa para embolectomia utiliza um aparelho adaptado a um cateter que aspira ou fragmenta o trombo. Esse procedimento promove uma reperfusão pulmonar rápida, pode ser indicado para pacientes de alto risco cirúrgico e ser realizado no laboratório de hemodinâmica. Para minimizar o risco de perfuração ou dissecção de estruturas cardiovasculares, a embolectomia por cateter deve ser realizada somente nos principais ramos das artérias pulmonares e não nos subsegmentares. O procedimento deve ser terminado tão logo se obtenha melhora hemodinâmica independente do resultado angiográfico.

1.4 Filtro de veia cava inferior

É recomendado quando os anticoagulantes são contraindicados pelo alto risco de sangramento, ou em casos de recorrência de TEP a despeito de anticoagulação intensiva e adequada.

O filtro é inserido, mais comumente, através da veia femoral e colocado na veia cava inferior, utilizando-se fluoroscopia como guia. São consideradas contraindicações a presença de anormalidades venosas anatômicas, gravidez e trombose proximal ao seu ponto de ancoragem.

Em vista da interrupção da veia cava inferior aumentar o risco de tromboembolismo venoso, é recomendado que a anticoagulação seja instituída tão logo quanto e, se possível, após a colocação do filtro. Os resultados de um ensaio randomizado controlado sugerem que os filtros de veia cava inferior diminuem o risco, a curto-prazo, de recorrência de TEP ou de um primeiro episódio de TEP em pacientes de alto risco, mas podem aumentar o risco de um TEV futuro, além de não aumentar a sobrevida a longo-prazo.

Recentemente têm surgido filtros removíveis que podem ser opções interessantes para pacientes com contraindicações transitórias ao uso de anticoagulantes, porém é necessária uma maior experiência para determinar a segurança desses aparelhos a longo-prazo.

1.5 **Tratamento a longo-prazo**

O principal objetivo do tratamento a longo-prazo é prevenir a recorrência do tromboembolismo pulmonar (TEP). A maior parte da informação a esse respeito é extrapolada de estudos em pacientes com trombose venosa profunda (TVP), pois apenas um pequeno número de pacientes com TEP foram incluídos em estudos de prevenção de tromboembolismo venoso (TEV).

O tratamento a longo-prazo para a prevenção de recorrência de TEP é usualmente feito por via oral com os antagonistas da vitamina K que têm o varfarin como principal agente. Aqui no Brasil também se usa a femprocumona. Recomenda-se iniciar o varfarin no 1º dia após o episódio agudo e ajustar as suas doses pelo tempo de protrombina para manter um RNI (Relação Normatizada Internacional), entre 2,0 e 3,0, na maioria dos casos. Esse valor de RNI foi estabelecido, baseado no resultado de estudos randomizados que incluíram pacientes com TVP e TEP.

A heparina deve ser mantida durante 5 a 7 dias, concomitantemente com o varfarin, até que o alvo do RNI seja alcançado. Existe um debate a respeito da dose de ataque do varfarin.

Em contraposição a trabalhos publicados na década passada, um trabalho mais recente sugere que a dose inicial de 10 mg pode alcançar o RNI terapêutico mais rápido do que a dose de 5 mg sem aumentar o risco de sangramento ou de complicações tromboembólicas. De qualquer maneira, na escolha da dose

inicial a ser empregada devem ser considerados fatores individuais específicos como idade, medicações concomitantes e comorbidades.

A duração da anticoagulação oral deve ser individualizada de acordo com o risco de recorrência de TEP se o tratamento for suspenso, e de sangramento se o tratamento for mantido.

Três estudos avaliaram o risco-benefício do tratamento de curta duração (4 a 6 semanas), contra o tratamento com duração convencional (3 a 6 meses). Os resultados desses estudos apontaram para uma maior incidência de recorrência de TEV, entre aqueles anticoagulados por um período mais curto. Dessa forma, é consensual que o período mínimo de tratamento para prevenção de TEV deve ser o de 3 meses.

Talvez o aspecto mais importante ao se avaliar o risco de recorrência de TEV seja a relação do episódio inicial com os fatores de risco. Assim, quando um fator de risco reversível pode ser identificado como a única explicação para o episódio de TEP, p.ex: cirurgia recente, o risco de recorrência após um período de anticoagulação de 3 meses é relativamente baixo, e o tratamento é recomendado por esse período.

Em pacientes com TEP não provocado (idiopático), o período mínimo de anticoagulação recomendado é o de 6 a 12 meses, porém devem ser consideradas a história prévia de episódios de TEV e a presença de certas trombofilias como anticorpos antifosfolipídeos, deficiência de proteína S, proteína C ou antitrombina, e presença de mutações específicas de genes (fator V de Leiden ou protrombina 20210A), para que a anticoagulação seja recomendada indefinidamente.

Já para aqueles com fatores de risco persistentes ou irreversíveis, como câncer, cujo risco de recorrência de TEP é alto, recomenda-se tratamento com HBPM, pelos primeiros 3 a 6 meses, seguido de varfarin, indefinidamente ou até que a doença seja resolvida.

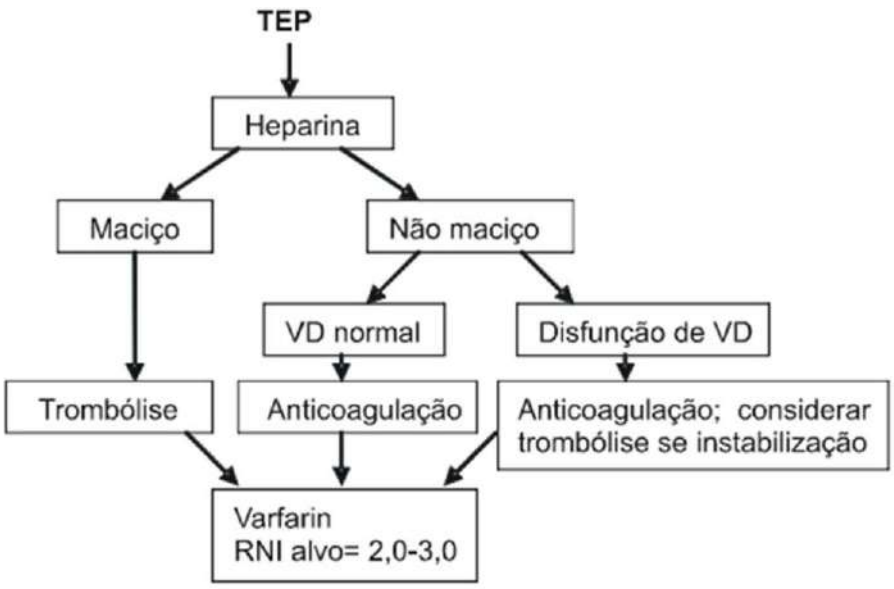
Tendo em vista o risco de sangramento grave com a anticoagulação crônica, é recomendado que o benefício desse tratamento seja periodicamente avaliado em pacientes que usam anticoagulantes orais indefinidamente. A duração do tratamento com varfarin é sumarizada na tabela 3. Pacientes portadores de neoplasias têm um risco maior de apresentar eventos tromboembólicos recorrentes e sangramento durante anticoagulação convencional do que aqueles sem neoplasias. Esse achado suscitou a busca por uma forma mais eficaz de tratamento nesse grupo.

Em um estudo recente com cerca de 672 pacientes com câncer foi observado que a HBPM (dalteparina), foi mais eficaz do que o varfarin em prevenir recorrências de TEV num período de 6 meses, sem causar aumento de sangramento. Baseados nos resultados desse estudo, importante diretriz internacional recomenda que pacientes com TEP, portadores de neoplasias, sejam anticoagulados, inicialmente, com HBPM por um período mínimo de 3 a 6 meses.

1.6 Conclusões

A anticoagulação continua sendo a base fundamental para o tratamento da maioria dos pacientes com TEP para interromper a propagação do trombo, minimizar o risco de recorrências e prevenir mortalidade. Evidências científicas consolidam o papel da HBPM pela sua igual eficácia e segurança e maior praticidade do que a HNF, sendo hoje a opção recomendada nos pacientes estáveis. O benefício dos trombolíticos é consensual num cenário de TEP maciço quando o risco de sangramento é pequeno, porém ainda carece de comprovação cientifica nos casos de disfunção ventricular direita e normalidade hemodinâmica.

A estratégia terapêutica do TEP é apresentada no fluxograma abaixo.



Estratégia terapêutica para o TEP.

Tabela 1 HBPM comercialmente disponíveis no Brasil

HBPM	Nome comercial	Doses
Enoxaparina	Clexane	1 mg/kg de 12/12 h ou 1,5 mg/kg 1x ao dia via SC
Nadroparina	Fraxiparina	93 UI/kg de 12/12 h ou 171 UI/kg 1 x ao dia via SC
Dalteparina	Fragmin	100 UI/kg de 12/12 h ou 200 UI/kg 1 x ao dia via SC

Tabela 2 Trombolíticos recomendados no TEP

Trombolíticos	Doses
Alteplase	100 mg durante 2 h; a dose total não deve exceder 1,5 mg/kg via IV
Estreptoquinase	Dose de ataque: 250.000 UI durante 30 min; e após 100.000 UI/h durante 24 h via IV

Tabela 3 Duração da anticoagulação oral

Categorias de risco	Duração do tratamento
TEP idiopático	No mínimo 6 meses (candidatos a tratamento definitivo)
F. de risco temporários	Três meses
Câncer em atividade	Indefinido ou até resolução da doença
Trombofilia molecular	No mínimo 12 meses em pacientes com pelo menos 2 trombofilias ou anticorpos antifosfolipídeos
TEP recorrente	Indefinido

Referencial Bibliográfico

1. Konstantinides, S. V., Torbicki, A., Agnelli, G., et al. (2014). *ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism*. European Heart Journal, 35(43), 3033-3073. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu283
2. Kearon, C., Akl, E. A., Ornelas, J., et al. (2016). *Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report*. Chest, 149(2), 315-352. https://doi.org/10.1016/j.chest.2015.11.026

RZ

3. Wan, S. W., McGrath, R., & Maan, A. (2004). *The effect of thrombolytic therapy on mortality and morbidity in patients with massive pulmonary embolism: a meta-analysis*. The Lancet, 363(9407), 1893-1899. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16429-0
4. Douketis, J. D., & Bates, S. M. (2006). *Management of anticoagulation therapy in patients with venous thromboembolism*. New England Journal of Medicine, 354(11), 1184-1193. https://doi.org/10.1056/NEJMra052213
5. Prandoni, P., & Kearon, C. (2007). *Management of venous thromboembolism: The role of long-term anticoagulation therapy*. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 5(11), 2340-2345. https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2007.02677.x
6. Raskob, G. E., & van der Poll, T. (2013). *Pharmacological therapy for the treatment and prevention of venous thromboembolism: current guidelines*. Blood Reviews, 27(6), 345-351. https://doi.org/10.1016/j.blre.2013.08.002

Histórico de modificações

16/10/2023 – Criação do documento.

Assinaturas

Dr. Sérgio Paulo P. Der Torossian
Intensivista - Medicina do Esporte
Cardiologista - Ergometria e Reabilitação
CRM 52429

Descrição

1. Introdução

A obesidade é considerada doença crônica de etiologia complexa, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, resultante principalmente do desequilíbrio entre a ingesta calórica e atividade física, sendo acompanhada de diversas outras enfermidades e de diminuição da expectativa de vida.

Dados do IBGE mostram que a nossa prevalência de obesidade feminina dobrou no período de 2002-2003 a 2019, indo de 14,5% para 30,2%; na faixa de idade reprodutiva foi de 13,5% entre 18 a 24 anos e de 27,9% entre 25 a 39 anos.A obesidade pode ser classificada pelo índice de massa corporal (IMC), que é calculado pela razão entre o peso corporal (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros). Essas medidas devem ser realizadas na primeira consulta de pré-natal, preferentemente no primeiro trimestre da gravidez, e repetidas em cada uma delas. Dessa forma, o sobrepeso e o grau da obesidade podem assim ser caracterizados:

IMC (kg/m2)	Categoria
entre 25 e 29,9	sobrepeso
entre 30-34,9	classe I
entre 35-39,9	classe II
entre 40-49,9	classe III
≥ 50 kg/m2	superobesidade

São diversos os riscos causados pela obesidade à gravidez, ao parto e ao puerpério (Quadro 1), destacando que o aconselhamento pré-concepcional é de suma importância; deve-se orientar a perda de peso antes de engravidar (dieta, exercícios físicos e quando indicada, a cirurgia bariátrica). A meta ideal é atingir o peso adequado, o que é difícil na maioria das vezes, sendo aceitável a mudança para um grau menor do IMC.

De forma geral, gestantes obesas com IMC até 39,9 kg/m2 no primeiro trimestre, sem comorbidades, podem ser seguidas no pré-natal de risco habitual. Gestantes obesas com comorbidades ou IMC ≥40 kg/m2 deverão ser encaminhadas para pré-natal de alto risco.

Os seguintes riscos à gravidez, ao parto e ao puerpério têm sido relacionados à obesidade:

- Abortamento.
- Diabetes gestacional.
- Malformações fetais (sistema nervoso central, espinha bífida, malformações cardíacas, fenda palatina, entre outras).
- Prematuridade iatrogênica.
- Óbito fetal (maior risco quanto maior IMC).
- Feto grande para idade gestacional e macrossomia fetal.
- Dificuldade em avaliar anomalias fetais pela obesidade.
- Dificuldade em avaliar vitalidade fetal pela obesidade na gravidez e no trabalho de parto.
- Pós-datismo.
- Maior chance de cesárea de urgência.
- Fase ativa do trabalho de parto prolongada.
- Dificuldade na realização da anestesia/anestesia geral pode ser necessária.
- Hemorragia intra e pós-parto.
- Dificuldade na extração fetal tanto em parto vaginal quanto em cesárea.
- Distócia de ombro e lesão do plexo braquial.
- Infecção puerperal e de ferida cirúrgica.
- Óbito perinatal/óbito infantil.
- Dificuldade na amamentação/depressão pós-parto.

2. Particularidades durante a gravidez

A aferição da pressão arterial deve ser realizada com manguito apropriado. O manguito de esfigmomanômetro para adultos tem largura de 13 cm e é adequado para pessoas com circunferência de braço, medida no ponto médio entre acrômio e cotovelo, entre 27 a 34 cm. Para circunferências.

maiores deve ser utilizado manguito com 16 cm de largura ou fazer correção da medida obtida, que estará superestimada, conforme a Tabela 1. Além da medida da pressão arterial, realizar ausculta cardíaca atenciosa e, quando possível, solicitar avaliação por cardiologista.

No primeiro trimestre, além dos exames laboratoriais de rotina pré-natal devem ser acrescidos: hemoglobina glicada, TSH/T4 livre, creatinina, colesterol total e frações, triglicérides, eletrocardiograma. Realizar teste oral de tolerância à glicose com 75 g de glicose VO, entre a 24a e 28a semana, para aquelas pacientes cuja glicemia de jejum foi normal no primeiro trimestre.

Além da suplementação habitual de ferro, prescrever ácido acetilsalicílico (AAS) 100 a 150 mg/dia e 1 grama de cálcio (divididos em duas tomadas) por dia, com início na 12ª semana de gravidez, para profilaxia de pré-eclâmpsia.

Tabela 1 – Fatores de correção da pressão arterial medida com manguito adulto padrão (13 cm de largura e 30 cm de comprimento)

Circunferência (cm)	Fator de correção (mmHg)	
	PAS	PAD
36	**-6**	**-4**
38	**-8**	**-6**
40	**-10**	**-7**
42	**-12**	**-9**
44	**-14**	**-10**
46	**-16**	**-11**
48	**-18**	**-13**

A obesidade é um dos fatores de risco preexistentes para tromboembolismo venoso no ciclo gravídico puerperal. Deve-se analisar o escore de risco de todas as gestantes e promover a adequada profilaxia quando indicada.

Orientação nutricional: o limite de calorias deve ser de 1.800 a 2.100 quilocalorias, de acordo com o IMC e as necessidades básicas da gestação, com fracionamento em cinco a seis refeições, preferencialmente sob orientação e seguimento de nutricionista.

O ganho de peso durante a gravidez deve ser monitorado. Gestante com sobrepeso pré-gestacional pode ter ganho máximo entre 7 e 11,5 quilos ao final da gestação. Por sua vez, as pacientes obesas podem ganhar o máximo de cinco a nove quilos durante toda a gestação. Ganho de peso abaixo do recomendado não é adequado porque pode se relacionar com morte infantil.

Atividade física regular deve ser estimulada, como caminhadas, exercício em água ou na forma de alongamentos, preferencialmente sob orientação e seguimento porprofissional deeducação física oufisioterapeuta. As gestantes devem ser encorajadas a iniciar essa prática com programa de intensidade moderada (consegue falar enquanto faz o exercício) por, pelo menos, 20 a 30 minutos por dia, na maioria ou em todos os dias da semana.

A obesidade dificulta a realização da ultrassonografia e dificulta a avaliação da vitalidade fetal. O intervalo entre as consultas de pré-natal deve ser adequado para a gestante, sendo no mínimo de uma semana no último mês, usando-se os recursos disponíveis para avaliação da vitalidade fetal, de acordo com a presença de comorbidades.

3. Particularidades na assistência ao parto

Gestantes obesas com IMC até 39,9 kg/m2 no último trimestre, sem comorbidades, podem ter parto em maternidades de baixo risco. Gestantes obesas com comorbidades ou IMC ≥40 kg/m2 deverão ser encaminhadas para maternidade de alto risco. As mesas cirúrgicas e de parto habitualmente suportam peso até 120 kg, sendo importante o conhecimento do peso da gestante para o encaminhamento para maternidade que possua equipamentos compatíveis com o peso da gestante (mesas cirúrgica e de parto, cadeiras, vasos sanitários etc.).

Recomenda-se que a gestação não ultrapasse 40 semanas, por maior risco de óbito fetal (diabetes gestacional e hipertensão arterial) e paralisia cerebral (macrossomia/tocotraumatismo) após essa idade gestacional.

Nas gestantes obesas com IMC ≥40 kg/m2, ainda não há consenso quanto à melhor via de parto. Há maior chance de distócias relacionadas à contração uterina, bem como distócia de ombros. A cesárea eletiva, programada para o início da manhã, com equipe preparada, pode ser estratégia para evitar intervenções obstétricas de urgência em horários com equipe reduzida e menos preparada, embora aumente o risco de endomiometrite e de ferida operatória.

As gestantes com IMC ≥40 kg/m2, entre 35 e 37 semanas de gravidez, devem realizar consulta com equipe de anestesia para avaliação pré-anestésica, com cálculo do risco anestésico, solicitação de exames complementares, preparo de equipamento adequado (agulhas de raquianestesia e/ou peridural mais longas e material para intubação).

No caso de assistência ao trabalho de parto, a instalação de cateter peridural precocemente, antes da fase ativa do trabalho de parto, enquanto a gestante tem pouco desconforto e consegue ser mais colaborativa, pode ser uma alternativa. A equipe deve ser composta por dois médicos obstetra, enfermeira obstetra, anestesiologista e neonatologista, e deve estar preparada para atender a parturiente em diferentes posições no período expulsivo, visto que em posição de litotomia pode haver lipotimia devido ao prejuízo do retorno venoso. Além disso, a equipe precisa estar alerta para a necessidade de manobras para desprendimento dos ombros, lembrando que a pressão suprapúbica estará dificultada pelo panículo adiposo, assim como a manobra de McRoberts.

Em caso de cesárea, se ela for intraparto, realizar embrocação vaginal com antisséptico para minimizar risco de infecção.

Na cesárea, a equipe idealmente deve ser composta por cirurgião experiente, primeiro e segundo auxiliares e instrumentador. A equipe anestésica deve ser composta por pelo menos dois médicos. Se disponível, para facilitar a técnica anestésica, pode-se utilizar aparelho de ultrassonografia para avaliação da espessura do panículo adiposo e identificação do espaço intervertebral. Se a anestesia locorregional falhar, a intubação orotraqueal para anestesia geral será necessária, e costuma ser dificultada pela mobilidade cervical diminuída nessas pacientes.

Realizar antibioticoterapia profilática em doses adequadas com cefalosporina, antes da incisão da pele. Utilizar coxim em região lombar direita para descompressão da veia cava facilitando o retorno venoso. Para exposição da região suprapúbica, local da incisão da parede abdominal, o segundo auxiliar poderá fazer a tração da parede abdominal superiormente. Essa tração superior da parede abdominal deve ser suficiente para expor o local da incisão e não deve comprometer a expansibilidade pulmonar. Caso aconteça dificuldade respiratória, a tração deve ser aliviada. A extração fetal poderá ser prejudicada pela maior distância entre o fundo uterino e a parede abdominal espessada pelo panículo adiposo que impede realização efetiva da manobra de pressão externa no fundo uterino. Ter à mão vácuo extrator ou fórceps pode ser útil para auxiliar a extração fetal. Rigorosa hemostasia é essencial, mas o eletrocautério deve ser usado com cautela para evitar excesso de áreas de necrose, principalmente em tecido adiposo, aumentando a chance de seromas e hematomas, abertura de ferida operatória e infecções. Assim, recomenda-se o uso do bisturi frio para incisão dos tecidos, principalmente o subcutâneo, reservando o eletrocautério para a hemostasia. A ocorrência de hemorragia pós-parto por atonia uterina é mais frequente em obesas e a equipe deve estar atenta e preparada para o atendimento precoce e oportuno dessa complicação.

4. Puerpério

Ocorre maior prevalência de sangramentos, formação de hematomas, seromas e deiscências de suturas. Assim, o curativo deve permanecer oclusivo pelas primeiras 12 horas e, em sequência, protegido por compressa limpa e seca, pois ela protegerá a ferida da umidade da região de dobra. O uso da antibioticoterapia de forma profilática pode ser estendido para as primeiras 24 horas de puerpério.

Após o parto cesárea, recomenda-se o uso de meias elásticas, deambulação precoce e profilaxia de trombose com heparina de baixo peso molecular (enoxaparina), conforme o IMC e fatores de risco.

Em obesas com IMC ≥40 kg/m2, ausentes outros fatores de risco, recomenda-se o uso da heparina nos primeiros dez dias de puerpério.

Referencial Bibliográfico

1. **Campos, M. R. L., & Silva, G. L. A. (2019).** *Obesidade e suas implicações na gestação: uma revisão sobre riscos maternos e fetais.* Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 41(2), 98-105.
2. **Brasil, Ministério da Saúde. (2016).** *Manual de condutas obstétricas.* Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
3. **Guedes, M. T. F., & Lins, T. P. (2017).** *Aspectos nutricionais da obesidade na gestação: implicações para a saúde materna e fetal.* Arquivos de Ciências da Saúde, 24(3), 211-219.
4. **Teixeira, L. A., & Costa, A. L. (2018).** *Gestação e obesidade: cuidados e complicações no parto.* Revista Brasileira de Anestesiologia, 68(3), 195-202.
5. **Diniz, C. S. L., & Vasconcelos, S. M. A. (2020).** *Obesidade e hipertensão na gestação: riscos para a mãe e o feto.* Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 115(6), 987-994.

Histórico de modificações

02/01/2023 – Criação do documento.
02/01/2025 – Revisado sem alterações.

Assinaturas



Descrição

1. INTRODUÇÃO

O presente protocolo tem como objetivo estabelecer um fluxo de transferência de pacientes com Hemorragia Digestiva Alta (HDA) e Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA's e Prontos-Socorros – PS, para a preservação da vida e minimização de danos, principalmente nos casos de maior gravidade.

A hemorragia digestiva alta é definida como sangramento originado na mucosa do esôfago, estômago e parte do intestino delgado. Devido à influência do primeiro atendimento no prognóstico desses pacientes é preciso que a equipe esteja preparada para diagnosticar e conduzir situações diversificadas na HDA. O diagnóstico da HDA é prontamente realizado quando há exteriorização visual do sangramento, mas em casos em que o sangramento é de pequeno volume, ou até mesmo microscópico, necessita-se de investigação mais detalhada com exames complementares específicos.

A hemorragia digestiva alta pode ser classificada clinicamente em instável e estável, sendo este o principal fator associado ao prognóstico e à mortalidade.

A Hemorragia Digestiva pode ser classificada como Baixa (HDB) quando o sangramento ocorre devido à presença de lesões na parte baixa do trato gastrointestinal, que inclui o intestino grosso e anus. O principal indicativo é a presença de sangue misturado às fezes. Fraqueza, sudorese, ritmo cardíaco acelerado e desmaios também podem indicar à presença de hemorragia.

A hemorragia digestiva aguda, evidenciada clinicamente pela exteriorização de hematêmese, melena ou enterorragia, é uma causa frequente de hospitalização de urgência.

1. Quadro clínico compatível:

- Hematêmese;
- Melena;
- Disfagia;
- Dor abdominal;
- Tontura;

- Síncope;
- Cansaço.

Sinais de Instabilidade hemodinâmica:

- Pele pálida e fria;
- Diaforese;
- Fadiga;
- Taquicardia;
- Bradicardia;
- Dispneia.

2. JUSTIFICATIVA

A Hemorragia Digestiva Alta (HDA) e Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) são condições graves que exigem atenção médica imediata. A transferência rápida dos pacientes para um centro especializado pode garantir que eles recebam o tratamento adequado.

Com o objetivo de assegurar que os pacientes sejam tratados em um ambiente apropriado e com os recursos necessários, é importante estabelecer um fluxo de transferência eficiente.

Ao ter um protocolo definido, os profissionais de saúde têm diretrizes claras a seguir, facilitando o processo de avaliação, diagnóstico e tratamento dos pacientes com HDA e HDB. Isso contribui para reduzir o risco de erros, minimizar a variabilidade no atendimento e melhorar a segurança do paciente.

Além disso, a padronização por meio de um protocolo estabelecido previamente facilita a comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente, promovendo uma equipe mais integrada e eficaz. Isso também auxilia na transferência de informações quando ocorre a necessidade de encaminhar o paciente para um centro especializado, como o Hospital Municipal Antônio Giglio, que é a referência municipal para casos de alta complexidade, conforme diretrizes da Secretaria de Saúde.

Portanto, ao estabelecer um fluxo de transferência eficiente e implementar um protocolo preestabelecido, é possível garantir que os pacientes com HDA e HDB sejam tratados adequadamente, com maior agilidade na tomada de decisões, ganho de tempo e melhoria na qualidade assistencial.

3. FINALIDADE

Este protocolo tem a finalidade de adotar medidas para a transferência de pacientes com HDA e HDB nos prontos-socorros e unidades de pronto atendimento do município de Osasco assegurando que os pacientes recebam o tratamento adequado o mais rápido possível para garantir a sobrevida dos mesmos.

4. EXECUTANTES

Equipe Multiprofissional: Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as atribuições legais de cada profissional.

5. SOLICITAÇÃO DE EXAMES

5.1. Exames Laboratoriais

Hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, transaminase oxalacética (TGO), transaminase pirúvica (TGP), amilase, gama glutamil transferase (GGT), velocidade de hemossedimentação, coagulograma.

5.2. Exames de Imagem

Radiografia e Tomografia de abdome.

6. DESCRIÇÃO DO FLUXO

1) Paciente na unidade de urgência com quadro clínico compatível com Hemorragia Digestiva Alta (HDA) e Hemorragia Digestiva Baixa (HDB);
2) A equipe realiza a monitorização por multiparâmetros do paciente;

3) O médico prescreve a analgesia e hidratação;

4) Paciente encontra-se instável? Sim – 05)

Não – 07)

5) O médico insere a ficha na Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS);

6) A Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE) libera vaga zero ou vaga A8 (10);

7) O médico prescreve:

- Coleta de exames laboratoriais completos;
- Radiografia;
- Antibioticoterapia.

8) O médico insere na CROSS, com solicitação de tomografia de abdome e avaliação da cirurgia geral, após liberação dos resultados de exames;

9) A CRUE libera a vaga;

10) A equipe realiza a transferência do paciente;

11) Fim.

Referencial Bibliográfico

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Hemorragia Digestiva Alta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA (SBCM). **Tratado de Clínica Médica**. 2. ed. Barueri: Manole, 2009. v. 1.
3. FELGA, G. E.; FERRAZ, A. C. **Abordagem inicial do paciente com hemorragia digestiva**. Revista Medicina USP, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 41-45, 2013.
4. GUERRA, J. M. C.; SILVA, F. P. **Hemorragia digestiva alta: abordagem prática no serviço de urgência**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 283-289, 2010
5. PEREIRA, J. L. et al. **Hemorragia digestiva: da abordagem inicial ao tratamento endoscópico**. Medicina (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 52, n. 1, p. 48-54, 2019.
6. UPTODATE. **Overview of acute upper gastrointestinal bleeding in adults**. Wolters Kluwer, 2023.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Emergências Clínicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
8. SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Manual de urgências clínicas: orientações para atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA**. São Paulo, 2021.
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA (SOBED). **Recomendações para o manejo da hemorragia digestiva alta não varicosa**. São Paulo, 2021.

Histórico de modificações

15/01/2023– Criação do documento.

20/02/2025 – Revisado sem alteração.

Assinaturas

Dr. Sérgio Paulo P. Der Torossian
Intensivista - Medicina do Esporte
Cardiologista - Ergometria e Reabilitação
CRM 52429

Descrição

As diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar – RCP da *American Heart Association – AHA*, são as utilizadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Nessa perspectiva e considerando que a doença cardíaca ainda é a principal causa de morte, a BHCL propõe a implantação de Protocolo de Atendimento à Parada Cardiorrespiratória, conforme ACLS.

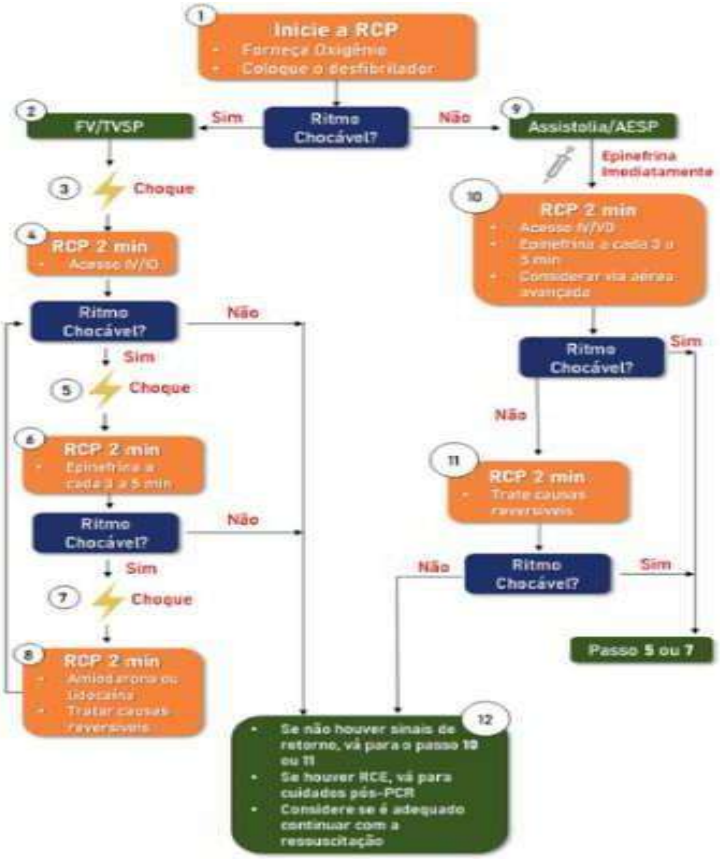
2. RECONHECIMENTO DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Na cadeia de sobrevivência, saber identificar corretamente a PCR e iniciar as manobras necessárias é o que irá garantir a sobrevida do paciente.

Ao identificar a PCR, deve-se:

- Acionar o médico e profissionais da unidade
- Iniciar a RCP de alta qualidade (30 compressões seguidas de 2 insuflações)

Algoritmo de Parada Cardiorrespiratória em Adulto



Fonte: Guideline AHA, 2020

a) Diretrizes para a assistência

Qualidade da RCP

- ✓ Comprimir com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax;
- ✓ Minimize interrupções nas compressões;
- ✓ Evite ventilação excessiva;
- ✓ Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver cansaço.
- ✓ Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.
- ✓ Capnografia quantitativa com forma de onda – se PETCO2 estiver baixo ou caindo, reavalie a qualidade da RCP.

Carga do Choque para Desfibrilação

- ✓ Bifásica: recomendação do fabricante (por exemplo: dose inicial de 120 a 200 joules). Se desconhecido, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas.
- ✓ Monofásica: 360 J.

Tratamento Medicamentoso

- ✓ Dose IV/IO de epinefrina: 1mg a cada 3 a 5 minutos
- ✓ Dose IV/IO de amiodarona: primeira dose: *bolus* de 300mg. Segunda dose: 150 mg OU
- ✓ Dose IV/IO de lidocaína: primeira dose: 1 a 1,5 mg/Kg
- ✓ Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg

Via Aérea Avançada

- ✓ Intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada
- ✓ Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET.
- ✓ Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas.

Retorno da Circulação Espontânea – RCE

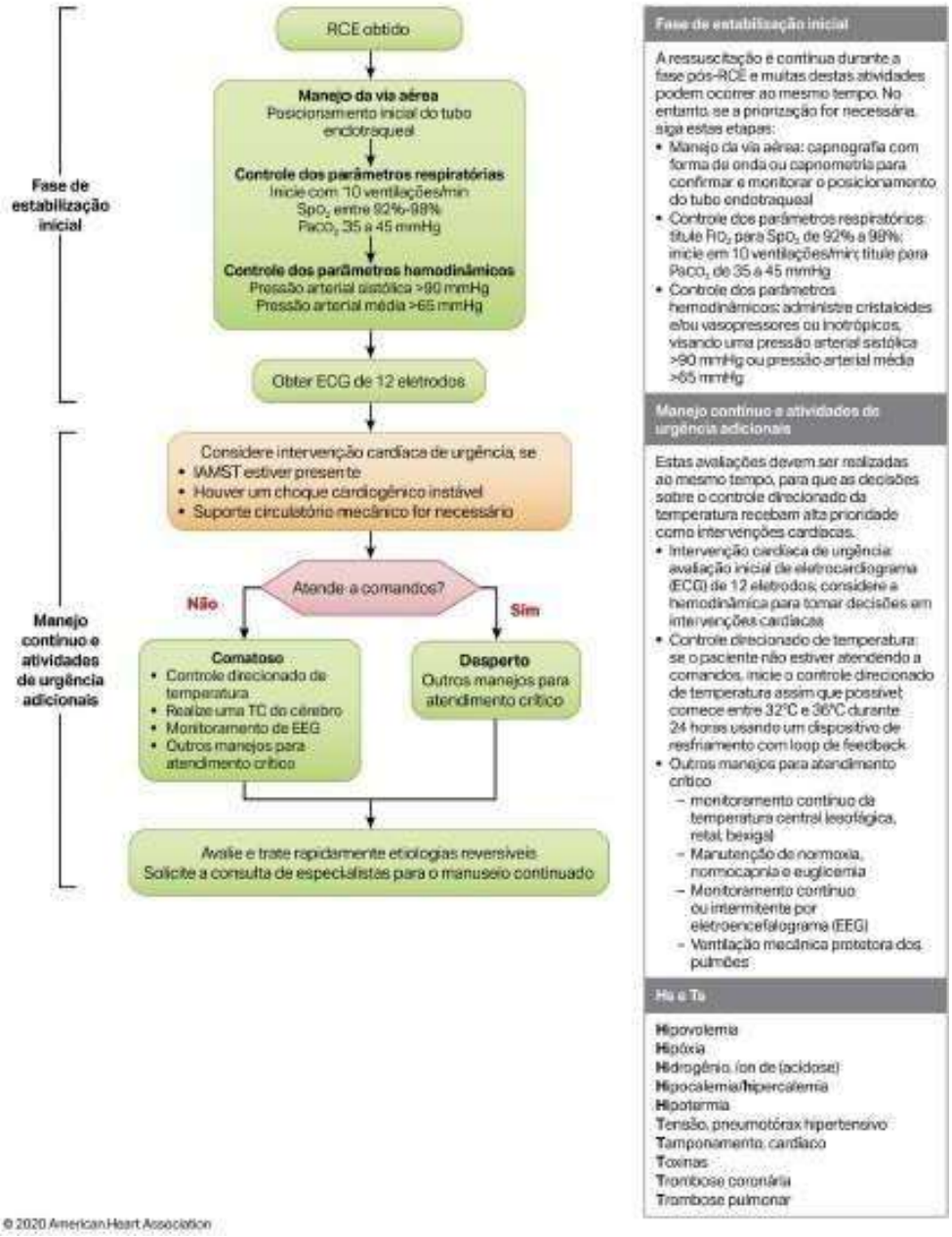
- ✓ Pulso e pressão arterial
- ✓ Aumento abrupto prolongado na PETCO2 (tipicamente ≥40mmHg)
- ✓ Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial

Causas Reversíveis

- ✓ **H**ipovolemia
- ✓ **H**ipóxia
- ✓ **H**idrogênio (acidemia)
- ✓ **H**ipo/hipercalemia
- ✓ **H**ipotermia
- ✓ **T**ensão do tórax por pneumotórax
- ✓ **T**amponamento cardíaco
- ✓ **T**oxinas
- ✓ **T**rombose coronária
- ✓ **T**rombose pulmonar

Após o retorno da circulação espontânea e estabilização do paciente, dar sequência ao atendimento pós-PCR, conforme algoritmo a seguir.

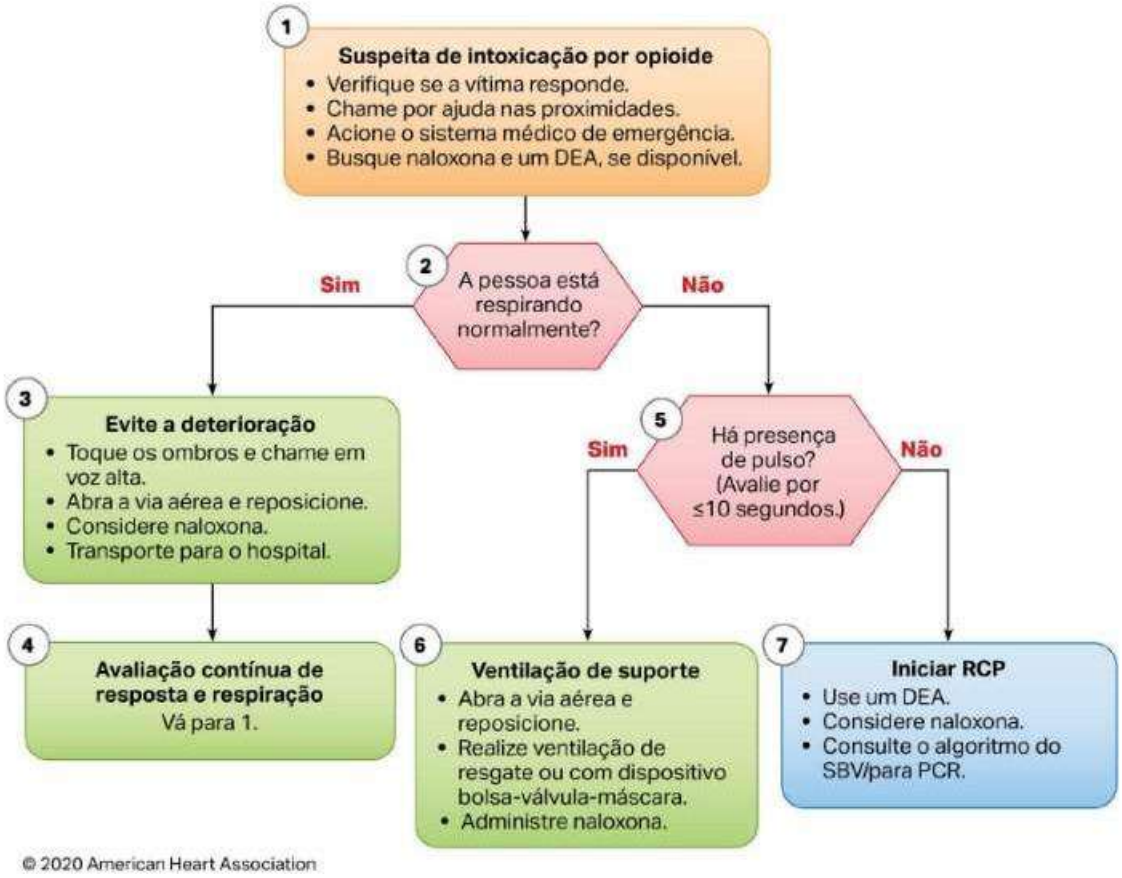
Figura 7. Algoritmo de cuidados pós-PCR para adultos.



Fonte: Guideline AHA, 2020

Se houver confirmação ou suspeita de uso de opioide, o atendimento deve seguir o algoritmo abaixo.

Figura 6. Algoritmo de emergência associada a opioide para profissionais da saúde.



Fonte: Guideline AHA, 2020.

Histórico de modificações

02/03/2023: Criação do protocolo.
02/03/2025: Revisado sem alterações.

Assinaturas

Dr. Rodrigo Navarro
Cirurgia Geral
CRM/SP 200.126

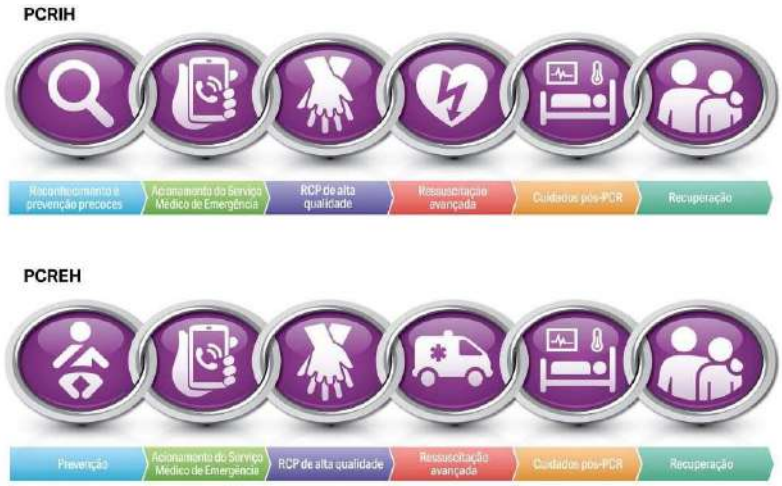
Descrição

1. DEFINIÇÃO

As diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar em Pediatria – RCP da American Heart Association – AHA, são as utilizadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Pediatria.

Nessa perspectiva e considerando que são diversas as causas da PCR em neonatos e crianças, a BHCL propõe a implantação de Protocolo de Atendimento à Parada Cardiorrespiratória, conforme PALS.

Cadeia de sobrevida da criança, na vigência de parada cardiorrespiratória



Fonte: Guideline AHA, 2020

2. RECONHECIMENTO DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Na cadeia de sobrevivência, saber identificar corretamente a PCR e iniciar as manobras necessárias é o que irá garantir a sobrevida do paciente.

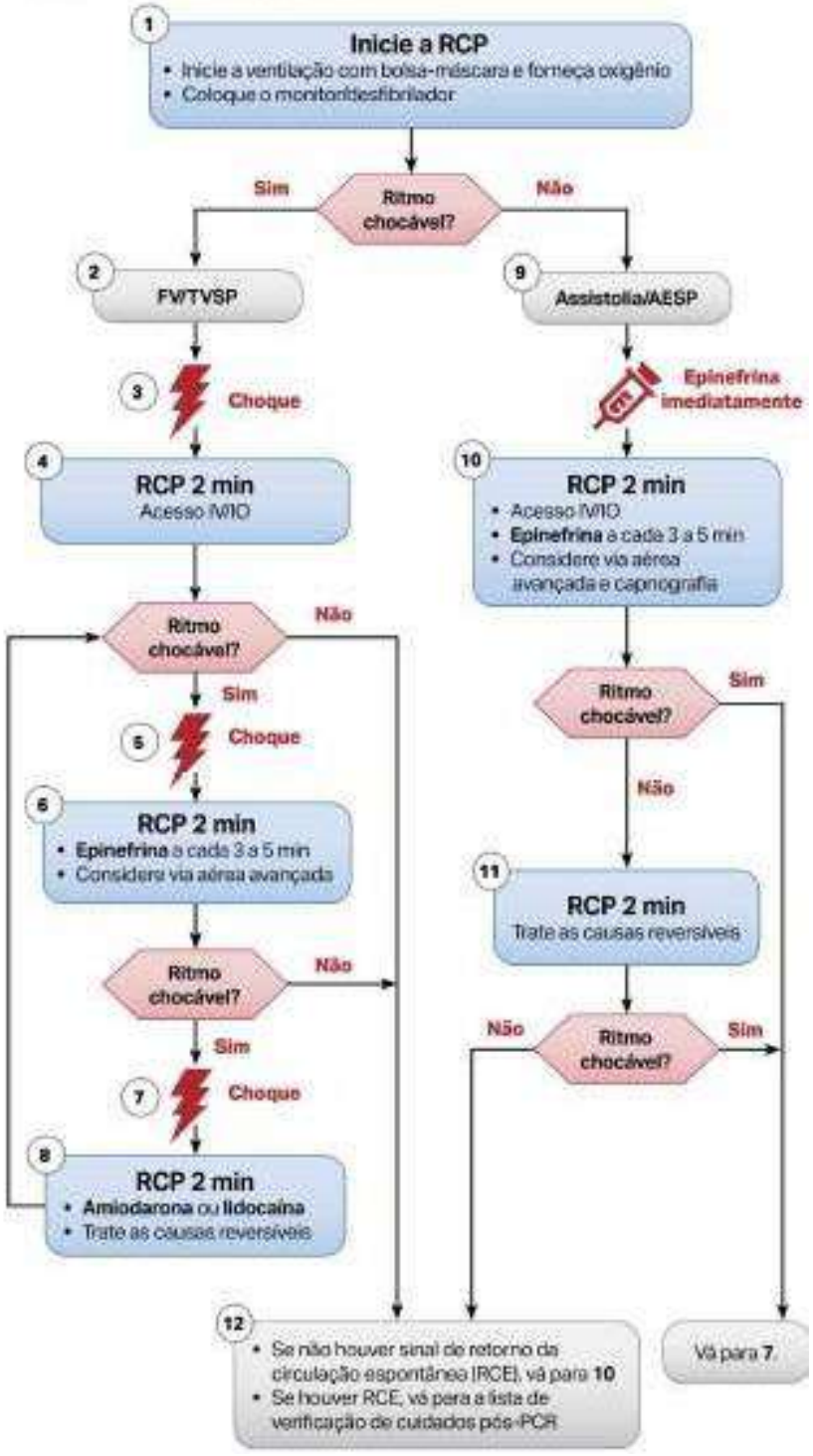
Ao identificar a PCR, deve-se:

- Acionar o médico e profissionais da unidade

- Iniciar a RCP de alta qualidade (15 compressões seguidas de 2 insuflações)

Algoritmo de Atendimento à PCR em Pediatria

Figura 11. Algoritmo de PCR em pediatria.



Fonte: Guideline AHA 2020.

a) Diretrizes para a assistência

Qualidade da RCP

- ✓ Comprimir com força (≥ 1/3 do diâmetro torácico anteroposterior)) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax;
- ✓ Minimize interrupções nas compressões;
- ✓ Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver cansaço.
- ✓ Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 15:2.
- ✓ Se estiver com via aérea avançada, administre compressões contínuas e uma ventilação a cada 2 a 3 segundos.

Carga do Choque para Desfibrilação

- ✓ Primeiro choque 2 joules/kg
- ✓ Segundo choque 4 joules/kg
- ✓ Choques posteriores ≥ 4 joules/kg, e no máximo 10 joules/kg, ou dose para adultos.

Tratamento Medicamentoso

- ✓ Dose IV/IO de epinefrina: 0,01mg/kg (0,1mL/kg da concentração de 0,1mg/mL). Repita a cada 3 a 5 minutos. Se não tiver acesso IV, pode-se administrar dose endotraqueal: 0,1mg/kg (0,1mL/kg da concentração de 1mg/mL)
- ✓ Dose IV/IO de amiodarona: *bolus* de 5mg/kg durante a PCR. Pode ser repetida em um total de até 3 doses para FV/TV sem pulso refratária.

OU

- ✓ Dose IV/IO de lidocaína: inicial: dose de ataque 1 mg/Kg
- ✓ Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg

Via Aérea Avançada

- ✓ Intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada

✓ Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET.

Causas Reversíveis

- ✓ **H**ipovolemia
- ✓ **H**ipóxia
- ✓ **H**idrogênio (acidemia)
- ✓ **H**ipo/hipercalemia
- ✓ **H**ipotermia
- ✓ **T**ensão do tórax por pneumotórax hipertensivo
- ✓ **T**amponamento cardíaco
- ✓ **T**oxinas
- ✓ **T**rombose coronária
- ✓ **T**rombose pulmonar

Após a estabilização do paciente, dar sequência ao atendimento pós-PCR, conforme algoritmo a seguir.

Componentes dos cuidados pós-PCR	Verificar
Oxigenação e ventilação	
Meça a oxigenação e tenha como meta a normoxemia entre 94% e 99% (ou a saturação de oxigênio normal/adequada da criança).	☐
Meça e tenha como meta uma Paco, adequada para o quadro subjacente do paciente e limite a exposição à hipocapnia ou hipercapnia grave.	☐
Monitorização hemodinâmica	
Defina metas hemodinâmicas específicas durante os cuidados pós-PCR e revise diariamente.	☐
Monitore com telemetria cardíaca.	☐
Monitore a pressão arterial.	☐
Monitore o lactato sérico, o débito urinário e a saturação de oxigênio venoso central para ajudar a orientar os tratamentos.	☐
Use bolus de fluidos parenterais com ou sem inotrópicos ou vasopressores para manter uma pressão arterial sistólica maior que o quinto percentil para idade e sexo.	☐
Controle direcionado da temperatura	
Meça e monitore continuamente a temperatura central.	☐
Evite e trate a febre imediatamente depois da PCR e durante o reaquecimento.	☐
Se o paciente estiver comatoso, aplique o controle direcionado de temperatura (32 °C a 34 °C) seguido por (36 °C a 37,5 °C) ou apenas controle direcionado de temperatura (36 °C a 37,5 °C).	☐
Evite os calafrios.	☐
Monitore a pressão arterial e trate a hipotensão durante o reaquecimento.	☐
Neuromonitoramento	
Se o paciente tiver encefalopatia e os recursos estiverem disponíveis, monitore com eletroencefalograma contínuo.	☐
Trate as convulsões.	☐
Considere exames de imagens do cérebro logo no início para diagnosticar as causas tratáveis da PCR.	☐
Eletrólitos e glicose	
Meça a glicemia e evite a hipoglicemia.	☐
Mantenha os eletrólitos nas faixas normais para evitar possíveis arritmias potencialmente fatais.	☐
Sedação	
Trate com sedativos e ansiolíticos.	☐
Prognóstico	
Sempre considere várias modalidades (clínicas e outras) em vez de um único fator preditivo.	☐
Lembre-se de que as avaliações podem ser modificadas por controle direcionado de temperatura ou por hipotermia induzida.	☐
Considere eletroencefalograma em conjunto com outros fatores no período de 7 dias depois da PCR.	☐
Considere exames de imagens neurológicas, como ressonância magnética, durante os primeiros 7 dias.	☐

Fonte: Guideline AHA, 2020

Quando a criança ou neonato estiver estabilizada deve ser encaminhada de ambulância ao hospital de Referência, para continuidade da assistência.
Histórico de modificações
02/01/2023: Criação do protocolo. 02/01/2025: Revisado sem alterações.
Assinaturas


ANEXO 5

Contrato de Gestão com o Poder Público de Unidades Hospitalares

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO nº 05922/2022-FMS ESTABELECIDO ENTRE O MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP, ATRAVÉS DE SUA SECRETARIA DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, QUE TEM POR OBJETO A GESTÃO COMPARTILHADA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DEMAIS AÇÕES DE SAÚDE A SER REALIZADA NA UNIDADE DO HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA QUE ASSEGUREM ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA.

Ao(s) 16 dia(s) do mês de setembro do ano de 2022, o **MUNICÍPIO DE GUARULHOS**, através de sua Secretaria de Saúde, com sede nesta cidade na Rua Íris, nº 300, neste ato representada por seu Secretário Municipal de Saúde, Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA, brasileiro, casado, médico, CPF 066.102.808-76, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida à Avenida São Paulo,340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, CEP.18285-000, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, administrador inscrito no Registro Geral de Pessoas – RG sob o nº12.249.262-6 expedido pelo SSP-SP, inscrito no CPF sob o nº 048.461.708-70, estabelecem o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, autuado no processo administrativo nº 46.540/2021-SS, que tem por objeto a gestão compartilhada para prestação dos serviços de saúde na **Unidade do HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA**, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, ficando permitido o uso do equipamento pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, que reger-se-á pelas seguintes cláusulas e condições:

CAPÍTULO I
DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

CLÁUSULA PRIMEIRA – Este CONTRATO DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Federal nº 9.637/1998, Lei Complementar Federal nº 101/2000, Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, pela Lei Federal 8.666/93, no que se aplicar; Lei Federal 13.019/2014, Lei Federal nº 13.709/2018, Lei Municipal nº 7.545/2017, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 34.210/2017, e pelos Decretos Municipais nº 33.703/2016 e nº 33.912/2017, bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do **Edital de**

Chamamento Público e de seus anexos, assim como pelas disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos anexos**.

CAPÍTULO II
DO OBJETO

CLÁUSULA SEGUNDA – Constitui objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a ser realizada na **Unidade do HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA**, que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, localizada na Rua José Maurício, 191 – Centro, CEP 07011-060, Guarulhos – SP.

Parágrafo Primeiro – Constitui parte integrante do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, seus anexos, inclusive o Plano de Trabalho, relativo à unidade de saúde o qual refere o objeto deste, cujo conteúdo deverá ser observado tanto quanto o dispositivo descrito no corpo deste instrumento, no exercício de seu cumprimento, quais sejam:

ANEXOS DO HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA

a) ANEXO I – Plano de Trabalho do HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA;
b) ANEXO II – Cronograma de Desembolso do HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA;
c) ANEXO III – Planilha de Destinação dos Recursos Financeiros do HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA;
d) ANEXO IV – Relação de Patrimônio do HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA;
e) ANEXO V - Relatórios de Execução Financeira (DIRD – Demonstrativo Integral de Receitas e Despesas;
f) ANEXO VI - Demonstrativo de Despesas por Categoria HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA;
g) ANEXO VII - Demonstrativo de Despesas Geral do HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA;

Parágrafo Segundo: O objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser acrescido e/ou suprimido no que se refere aos quantitativos e espécies de ações por ele regradas a serem executadas, na referida unidade de atendimento, observando-se sempre a manutenção da natureza, finalidade e identidade do objeto definido nos termos previstos pelo Plano de Trabalho indicado pelo Edital de Chamamento Público nº 04/22-DLC.

CAPÍTULO III
DO PLANO DE TRABALHO

CLÁUSULA TERCEIRA – O Plano de Trabalho, relativo à unidade de saúde a que se refere este **CONTRATO DE GESTÃO** (ANEXO I), é parte integrante deste instrumento contendo as especificações e quantitativos das metas a serem atingidas, bem como as metas qualitativas, seus respectivos prazos e regime de execução, assim como a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CAPÍTULO IV
DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

CLÁUSULA QUARTA – O prazo de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO** será de 24 (vinte e quatro) meses a contar de **18 de setembro de 2022**.

CAPÍTULO V
DO VALOR GLOBAL DO CONTRATO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

CLÁUSULA QUINTA – O valor global estimado deste **CONTRATO DE GESTÃO** é de **R$ 167.918.482,80 (Cento e sessenta e sete milhões, novecentos e dezoito mil, quatrocentos e oitenta e dois reais e oitenta centavos)**, que deverá atender ao Plano de Trabalho, para o cumprimento das metas e objetivos pactuados, respeitado os valores descritos nos Cronogramas de Desembolso relativo a unidade de saúde a qual se refere o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

Parágrafo Primeiro - é estimado o valor mensal de **R$ 6.996.603,45 (Seis milhões, novecentos e noventa e seis mil, seiscentos e três reais e quarenta e cinco centavos)**, cuja despesa atenderá aos Planos de Trabalho (Anexo I), Natureza da Despesa 335085 – Contrato de Gestão, Fonte MUNICIPAL, ESTADUAL e FEDERAL, e nos meses subsequentes, atenderá o Plano de Trabalho e os que o suceder, respeitando os valores descritos no Cronograma de desembolso relativos ao Hospital ao qual ser refere o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

Parágrafo Segundo - As despesas totais decorrentes do presente **CONTRATO DE GESTÃO** serão cobertas pelo orçamento vigente e futuro do Município, suportadas pela dotação abaixo discriminada:

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
0791.1030200032.017.05.3000221.335085.755
0791.1030200032.017.02.3000223.335085.761
0791.1030200032.017.05.3000157.335085.621
0791.1030200032.017.01.3100000.335085.001
0791.1030200032.017.02.3000228.335085.766

CAPÍTULO VI
DOS REPASSES E MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA SEXTA – Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos, o valor global inicial é de **R$ 167.918.482,80 (Cento e sessenta e sete milhões, novecentos e dezoito mil, quatrocentos e oitenta e dois reais e oitenta centavos)** será repassado à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** na forma e nas condições dos Cronogramas de Desembolso (ANEXO II), em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais no valor inicial de **R$ 6.996.603,45 (Seis milhões, novecentos e noventa e seis mil, seiscentos e três reais e quarenta e cinco centavos)** para o HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA.

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à **CONTRATADA** serão depositados em conta bancária em instituição financeira oficial (Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal – CEF).

Parágrafo Segundo – Os recursos repassados à **CONTRATADA** deverão ser depositados em contas-correntes específicas e exclusivas destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO; a **CONTRATADA** deverá manter conta-corrente distinta e individualizada para a Unidade de Saúde, cujos dados deverão ser apresentados no ato da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, de tal forma que não sejam confundidos seus recursos respectivos com os de outra origem, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal dos valores depositados na referida conta deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

Parágrafo Terceiro – Os saldos financeiros relativos à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em uma das hipóteses abaixo relacionadas, bem como o resultado deverá ser obrigatoriamente utilizado no objeto deste CONTRATO DE GESTÃO:

a) em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for de até 01 (um) mês;
b) em fundos de curto prazo ou;
c) em títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto – As aplicações financeiras descritas nos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração de capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno, bem como o resultado deverá ser obrigatoriamente utilizado no objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quinto – O repasse dos recursos se dará mensalmente, sendo a primeira parcela até o 10º (décimo) dia do início da vigência contratual e a partir da segunda parcela no 2º dia útil do mês corrente, obedecido o Cronograma de Desembolso da unidade de saúde a que se refere este **CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II)**.

Parágrafo Sexto - As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I) e com o respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II), salvo autorização prévia da **CONTRATANTE**, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I. Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II. Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.

III. Quando do não atendimento aos demais requisitos legais, inclusive o disposto no artigo 8º, inciso VII, da lei 7.545/2017.

IV. Quando das hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" do inciso XXV, da CLÁUSULA NONA (DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA)

V. Nas demais hipóteses previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO** ou na legislação vigente e aplicável.

Parágrafo Sétimo – Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no Plano de Trabalho, cabendo à *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* - CAF a fiscalização do presente CONTRATO DE GESTÃO verificar o percentual de atendimento das referidas metas.

Parágrafo Oitavo – A **CONTRATADA** poderá captar, assumindo em relação a tal captação inteira responsabilidade, recursos privados para a implementação da execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, hipótese esta em que se implementando haverá alteração do Plano de Trabalho necessário à formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos, restando claro desde já que ambas as situações será necessária a celebração de termo aditivo.

Parágrafo Nono – Fica vedada a utilização dos valores inerentes aos repasses orçamentários vinculados a este **CONTRATO DE GESTÃO** com despesas a título de taxa de administração, de gerência ou de característica similar, conforme Súmula nº 41 do TCE/SP.

Parágrafo Décimo – Os repasses orçamentários destinados ao pagamento das despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do **CONTRATO DE GESTÃO**, vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, sendo que as referidas despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento deverão ser as mesmas previstas detalhadamente no Plano de Trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à **CONTRATADA** a título de provisionamento inerente à previsão de valores necessários ao adimplemento de verbas rescisórias, de pagamento de férias e décimos terceiros salários, deverá ser depositado em conta bancária específica, distinta daquela destinada ao fim deste **CONTRATO DE GESTÃO**, preferencialmente em conta poupança, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal e/ou saldo mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE,** juntamente com a prestação de contas, apresentando cópia do respectivo extrato de depósito ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo – Quando do término do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, caso haja saldo para fins rescisórios ou de provisionamento obrigatório no fundo tratado no parágrafo anterior, os valores deverão ser restituídos à **CONTRATANTE**, para que seja disponibilizado para o mesmo fim em novo **CONTRATO DE GESTÃO**.

Parágrafo Décimo Terceiro– Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.

CAPÍTULO VII
DA REPACTUAÇÃO

CLÁUSULA SÉTIMA – Em havendo interesse público que justifique o aumento do valor global deste **CONTRATO DE GESTÃO**, e, por conseguinte da respectiva dotação orçamentária específica para esse fim, os valores dos repasses financeiros para execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** poderão ser repactuados, desde que prévia e devidamente justificado, com o **AUTORIZO** da autoridade competente, devendo nestes casos ser formalizado um Termo Aditivo.

Parágrafo Primeiro - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pelo pagamento de despesas e custos vinculados à mão de obra principal necessária à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverá ser demonstrada pela **CONTRATADA** de forma analítica a variação dos referidos custos, em consonância com o preconizado por convenção ou acordo coletivos, ou ainda sentença normativa, que regem as categorias profissionais envolvidas;

Parágrafo Segundo - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pela variação dos demais custos e despesas necessárias à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, será adotado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Parágrafo Terceiro - O pedido de repactuação por parte da **CONTRATADA** que tenha por objeto aumento de valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, ou

quaisquer outros objetos de naturezas diversas, deverá ser apresentado pela **CONTRATADA** de forma justificada e instruído com planilha analítica demonstrativa, a fim de que seja submetido à análise da Secretaria de Saúde.

Parágrafo Quarto - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no Plano de Trabalho, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, convenção ou acordos coletivos.

CAPÍTULO VIII
OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA OITAVA – *São obrigações da* ***CONTRATANTE****:*

I - Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II - Realizar o repasse de recursos na forma disposta nos Cronogramas de Desembolso relativo ao HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA, a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II), e na Cláusula Sexta deste mesmo instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

III - Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução das ações previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos públicos repassados à **CONTRATADA**, na forma disposta no Plano de Trabalho e neste instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle.

O imóvel onde está instalada a Unidade do HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA;

V - , a CONTRATANTE permitirá que a CONTRATADA utilize os bens móveis que a guarnecem, devidamente inventariados e identificados no Plano de Trabalho, durante a vigência do **CONTRATO DE GESTÃO**.

CAPÍTULO IX
DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA NONA – *São obrigações da* ***CONTRATADA****:*

I - Desenvolver em conjunto com a Secretaria de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho e na legislação aplicável;

II - Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários;

III - Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações, eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização empreendida pelo **CONTRATANTE**;

IV - Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pela **CONTRATANTE** e legislações pertinentes ao objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

V - Cumprir as metas relacionadas no Plano de Trabalho relativo a Unidade de Saúde a que se refere este **CONTRATO DE GESTÃO** (ANEXO I);

VI - Providenciar a publicação na imprensa ou no sítio digital da própria organização Social, no prazo máximo de 30 dias (trinta dias) corridos a contar da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, sempre em consonância com os valores descritos no Projeto Técnico apresentado pela **CONTRATADA** quando da realização do certame.

VII - Elaborar os relatórios de execução do CONTRATO DE GESTÃO e submeter à aprovação da CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização*, bem como encaminhar, mensalmente, à **CONTRATANTE**, impreterivelmente, até dia 15 do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme o interesse público, ou a critério da Administração, os referidos relatórios contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, não podendo se recusar à submeter à aprovação, tampouco deixar de encaminhar os referidos relatórios, salvo motivos de força maior justificado, sob pena de não haver o repasse da parcela subsequente;

VIII - Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção ou atualização dentre outros;

IX - Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos, bem como os bens móveis e imóveis privados, contratados pelo Município, que encontram-se na posse da contratada para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, sem qualquer direito à disposição ou retenção dos bens, inclusive no caso de encerramento do CONTRATO DE GESTÃO;

X - São de responsabilidade da **CONTRATADA**, toda e qualquer despesa de consumo referente ao bem imóvel, tais como: energia, gás, água/esgoto, telefonia, internet e outros caracterizados como consumo, impostos ou taxas pertencentes ao imóvel.

XI - A critério da Administração, as despesas listadas no inciso "X" poderão ser pagas pela **CONTRATANTE** e descontadas dos repasses a serem realizados à **CONTRATADA**, caso em que, as respectivas contas de consumo deverão ser enviadas à **CONTRATANTE** em tempo hábil para pagamento;

XII - Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, assim como pelos decorrentes encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais e comerciais, não excluindo ou reduzindo tal responsabilidade da **CONTRATADA**, as responsabilidades e prerrogativas da **CONTRATANTE** relativas à fiscalização da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XIII - Zelar para que os recursos financeiros repassados pela **CONTRATANTE** sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no Plano de Trabalho, atentando sempre para a devida observância do princípio da economicidade;

XIV - Manter e movimentar os recursos em conta bancária específica do CONTRATO DE GESTÃO, com observância das normas constantes no CAPÍTULO X deste ajuste, admitindo-se pagamentos em espécie, desde que observados o limite de R$ 1.000,00 (hum mil reais).

XV - Prestar contas dos recursos repassados pela **CONTRATANTE**, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO;

XVI - Prestar sempre que solicitado quaisquer informações, inclusive as de natureza financeira, acerca da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XVII - Produzir, guardar e disponibilizar à **CONTRATANTE**, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos, durante todo o prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XVIII - Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da **CONTRATANTE**, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIX - Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação, relativos às atividades de natureza pública gratuita, que devam ser executadas em virtude da vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** ou da legislação aplicável;

XX - Manter atualizadas as informações cadastrais junto à **CONTRATANTE**, devendo comunicar à mesma, quaisquer alterações nos seus atos constitutivos ou certidões, ainda que não impliquem em prejuízo ao presente **CONTRATO**

DE GESTÃO no prazo máximo de até 05 (cinco) dias úteis;

XXI - Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais, bem como digitalizar de **forma pesquisável**, os documentos que comprovem as despesas realizadas para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

XXII - Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais de natureza técnica que deverão ser adotados para tanto;

XXIII - Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades do **CONTRATO DE GESTÃO**, respeitando o disposto no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, como também as que regem os conselhos de classe, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso;

XXIV - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado e de acordo com as respectivas Convenções Coletivas de Trabalho, pertinente à sua área de atuação, conforme descrito em seus atos constitutivos, no que se refere ao pagamento de salários e de benefícios de qualquer natureza a seus empregados e dirigentes;

XXV - Responsabilizar-se, na forma deste **CONTRATO DE GESTÃO**, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão de obra necessária à completa execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, até o término de seu prazo de vigência, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, pelas obrigações decorrentes da referida execução isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, devendo ser observado ainda o que segue:

a) em caso de ciência de ações trabalhistas movidas contra a **CONTRATADA** decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, nas quais entidades da Administração Pública do Município de Guarulhos tenham sido incluídas no polo passivo das referidas ações tanto como responsável subsidiário ou solidário, a **CONTRATANTE** poderá reter dos repasses devidos, o montante dos valores dela cobrados nas mesmas referidas ações, valores estes que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção, em caso de insuficiência, para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do objeto presente CONTRATO DE GESTÃO que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária da **CONTRATANTE**, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores que venham a ser cobrados da **CONTRATANTE** a este título, valores estes que poderão

ser complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

c) as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência a **CONTRATANTE** da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e/ou previdenciários sendo que os valores inerentes às referidas retenções serão destinados ao pagamento das respectivas obrigações caso a **CONTRATANTE** seja compelida a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**;

d) Eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pela **CONTRATANTE** se houver justa causa devidamente fundamentada, ou seja, de forma criteriosa, apontando de forma objetiva o enquadramento da justa causa nos itens do artigo 482, da CLT.

XXVI - Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas no Chamamento Público durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO;

XXVII - Fornecer à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF as informações e documentos exigidos nas alíneas do inciso XI, do Art. 4º do Decreto Municipal nº 33.703/2016, bem como da Portaria Municipal nº 003/2017-SF de 20/01/2017, a não observância no atendimento dos documentos poderá condicionar o repasse da parcela subsequente.

XXVIII - Os equipamentos e instrumentais necessários para a realização das ações previstas por este **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em decorrência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, deverão ser mantidos pela **CONTRATADA**, em perfeitas condições;

XXIX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, serão automaticamente incorporados ao patrimônio da **CONTRATANTE**, hipótese esta em que a **CONTRATADA** deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, em duas vias juntamente com os relatórios de prestação de contas (01 via para fim de tombamento do patrimônio e outra para comprovação da despesa) juntamente com declaração emitida pela **CONTRATADA** de que os bens estão fisicamente na unidade de saúde, com menção da unidade onde serão executadas as ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, e em perfeitas condições de uso;

XXX - Enviar à **CAF** - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* todos os contratos de prestação de serviços e de fornecimento, assim como seus

respectivos Anexos e eventuais Aditivos firmados pela **CONTRATADA** com prestadores, devidamente datados e assinados por todas as partes do contrato de prestação de serviços e de fornecimento, com a descrição de todos os serviços a serem prestados e/ou bens a serem fornecidos, metas a serem alcançadas, se for o caso, e respectiva descrição da forma de como serão medidas, bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país e, finalmente, se o caso de prestação de serviços, certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXI - Enviar à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização - CAF todos os contratos de prestação de serviços, cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

XXXII - Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço necessário e/ou que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem a cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o Plano de Trabalho e com o *Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras*, a ser aprovado pela CONTRATANTE e publicado pela **CONTRATADA**.

XXXIII - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, empregados, membros de sua Diretoria ou Conselho de Administração;

XXXIV - Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição, criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pela **CONTRATANTE**;

XXXV - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização da **CONTRATANTE** ou sob sua demanda, bem como o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado estabelecidos na Lei nº 13.709/2018;

XXXVI - Atender às exigências da **CONTRATANTE** acerca da plena utilização de sistemas informatizados já existentes para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados e/ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE

GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela **CONTRATANTE**;

XXXVII - Os sistemas informatizados utilizados pela **CONTRATADA** deverão permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a **CONTRATANTE** já utilize ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, adequando-se a possíveis atualizações;

XXXVIII - Caberá a **CONTRATADA** utilizar o Sistema Informatizado proposto pela **CONTRATANTE,** facilitando a implantação e o compartilhamento das informações a fim de garantir a apresentação da produtividade hospitalar junto a Secretaria da Saúde e o Ministério da Saúde.

XXXIX - Apresentar à **CONTRATANTE**, no prazo por ela definido, Plano Estratégico para as suas ações dos anos de vigência do CONTRATO DE GESTÃO, observando o Projeto Técnico e o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde (ANEXO I) bem como respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II) dos recursos a serem repassados à **CONTRATADA**;

XL - Executar os serviços e demais ações de saúde previstas no objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO e nos anexos em obediência ao preconizado pela Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, e a devida observância dos princípios do SUS. e em especial:

a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

b) Integralidade de assistência, entendida como sendo esta o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;

c) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

d) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

e) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

f) Direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;

g) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XLI - Quando da elaboração e apresentação dos Relatórios de Prestação de Contas, a **CONTRATADA** deverá observar:

a) a garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

b) a responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

c) a inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

XLII - Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da **CONTRATADA**, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLIII - Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declarada pela Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos - SP.

XLIV - Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria de Saúde.

XLV - Afixar, em lugar visível do Hospital a que se refere o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, aviso que contenha:

a) o símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria da Saúde e do Sistema Único de Saúde.

b) informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município de Guarulhos - SP;

c) indicação de que os serviços executados naquela unidade de saúde são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLV – Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle, bem como fornecer toda e qualquer informação e documentação solicitados pelo CONTRATANTE no prazo estabelecido, sob pena de sanções administrativas, prevista no Capítulo XV.

XLVI – Cumprir todas as diretrizes do TCESP relativas a transparência de seus atos, notadamente quanto à divulgação pela via eletrônica, em seu sítio eletrônico, de todas as informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros: o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes; valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações

contábeis e os relatórios físico-financeiros de acompanhamento; regulamento de compras e contratação de pessoal.

XLVII – Referente à INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO SAÚDE, o equipamento de saúde com administração indireta permanece à disposição da Municipalidade para cumprimento de todas as pactuações e metas pré-existentes e as que venham a ser estabelecidas, referente oferta de campos de prática da SECRETARIA DA SAÚDE para estágios curriculares de graduação de nível técnico, superior, residência médica, multiprofissional em saúde, especializações e pesquisa, e, para tanto, estabelece-se como obrigações da **CONTRATADA** no âmbito da Integração Ensino Serviço:

a) Concomitantemente à oferta de assistência médico hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a **CONTRATADA** deverá ofertar campo de prática para o ensino-aprendizagem e a formação de pessoas no campo da saúde pública nos termos das legislações pertinentes;

b) Fornecer serviços e recursos humanos necessários para o processo de ensino e aprendizagem e preservar os espaços de serviços, destinados aos estágios oferecidos pela Municipalidade;

c) Manter em seus postos, cargos ou funções, a critério da **CONTRATANTE**, os servidores públicos em exercício no hospital que realizem as atividades de preceptoria, conforme solicitação e avaliação dos supervisores de residência e Coordenação da COREME ou COREMU;

d) Estabelecer critérios de informação e supervisão para que os profissionais que venham a ser admitidos pela **CONTRATADA** estejam cientes da obrigação de desempenhar a função de preceptor no exercício da assistência;

e) Garantir que os profissionais contratados destinados para a assistência em conjunto ao exercício da supervisão/preceptoria de residentes sejam portadores de certificado de Residência ou título da Especialidade a que estará vinculado;

f) Requerer e encaminhar cópias dos títulos acadêmicos dos profissionais vinculados à preceptoria, para as instâncias pertinentes aos estágios, atualizando-os sempre que necessário;

g) Garantir dentro das escalas médicas, no mínimo um (01) preceptor para cada grupo de alunos de residência médica com titulação adequada para a função;

h) Quando se tratar de estágio específico da área da profissão, a CONTRATADA deverá garantir dentro das escalas multiprofissionais, no

mínimo um (01) preceptor especialista de cada área profissional, para cada grupo de alunos da residência multiprofissional em saúde;

i) Quando se tratar de estágio em áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde, a CONTRATADA deverá garantir dentro das escalas multiprofissionais, no mínimo um (01) preceptor para cada grupo de alunos: como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras;

j) Incentivar a produção de conhecimento científico e tecnológico no âmbito do equipamento de saúde, por meio da promoção de projetos de pesquisa e da definição de diretrizes, sempre sob a direção da CAAPP – Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos e Pesquisas da Secretaria da Saúde, subordinada à Divisão Técnica de Gestão de Educação em Saúde "Escola SUS";

k) Promover junto ao equipamento de saúde e aos Gestores do SUS, a discussão e o estabelecimento de um modelo de atenção à saúde, focado em linhas de cuidado contemplando as políticas prioritárias do SUS e a integração ensino serviço;

l) Apoiar a estruturação do equipamento de saúde para o processo de certificação como Equipamento de Saúde de Ensino, preservando as necessidades para ensino e pesquisa de interesse da CONTRATANTE;

m) Não utilizar para publicidade da Organização Social através de veículos de mídia e meios de divulgação para o público em geral como televisão, rádio, outdoors, placas, faixas, folhetos, letreiros, dentre outros, informações, documentos ou qualquer informação relacionada à Residência Médica e Multiprofissional da Prefeitura de Guarulhos, sem a aprovação prévia da CONTRATANTE;

n) É vedada a CONTRATADA a utilização dos campos de prática dos Equipamentos de Saúde da Municipalidade sob sua administração para ofertar estágios curriculares obrigatórios dos cursos de graduação de nível técnico, superior, residência médica, multiprofissional em saúde, especializações e pesquisa, próprias ou para terceiros, excetuando-se aqueles pactuados pela Divisão Técnica de Gestão da Educação em Saúde "Escola SUS";

o) No início de cada turma de estágio e de residência, os alunos devem ser cientificados em documento próprio sobre os procedimentos, normas, fluxos e processos de trabalho da contratada e a delimitação do campo de atuação para aprendizagem.

CAPÍTULO X
DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

CLÁUSULA DÉCIMA – Os Relatórios de Prestação de Contas Financeiro deverão ser enviados, mensalmente, por via eletrônica e protocolados junto à **CONTRATANTE** até o dia 30 (trinta) do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, a critério da Administração.

Parágrafo Primeiro – O último Relatório de Prestação de Contas deverá ser protocolado em até 30 (trinta) dias após o término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhado do comprovante de devolução do saldo financeiro, se houver. O relatório deverá ser entregue junto à Divisão Técnica de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas do Departamento Financeiro da Saúde.

Parágrafo Segundo – E se a Divisão Técnica de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas constatar qualquer irregularidade na prestação de contas, deverá comunicar a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, imediatamente.

Parágrafo Terceiro – Os Relatórios de Prestação de Contas serão instruídos com os seguintes documentos:

I - Relatórios de execução financeira (DIRD – Demonstrativo Integral de Receitas e Despesas – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO V), discriminando a movimentação de valores, indicando o saldo inicial, os repasses, a apuração da rentabilidade financeira e o valor total de cada categoria de despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado;

II - Detalhamento de todas as despesas pertinentes a este **CONTRATO DE GESTÃO** no qual conste demonstrativo por centro de custo por tipo de despesa (Demonstrativo de Despesas por categoria – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO VI);

III - Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos ou quaisquer outros títulos de crédito que venham a ser utilizados para tanto, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante (Demonstrativo de Despesas Geral – conforme modelo a ser fornecido – ANEXO VII);

IV - Cópias dos comprovantes de pagamentos de todas as contas relativas os bem imóvel cedido, tais como: do fornecimento de água/esgoto, energia elétrica, gás, serviços de telefonia e *internet*, salvo quando as contas forem pagas pela **CONTRATANTE**, cujos valores serão descontados do repasse devido à **CONTRATADA**;

V - Demonstrativo de conciliação do saldo bancário;

VI - Cópia do extrato das contas correntes bancárias e das aplicações financeiras referentes ao período compreendido entre cada um dos Relatórios de Prestação de Contas apresentados;

VII - Folha de pagamento discriminando: nome, números do CPF e CNES, função, carga horária, salário bruto e líquido, e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco (em planilha formato csv);

VIII - Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social, FGTS, de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho e respectivas CTPS, devidamente anotadas;

IX - Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso II deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações;

X - Demonstrativo da projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT, com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas;

XI - Extrato bancário (de conta específica para este fim), que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários contratados pelo regime da CLT;

XII - Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIII - Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas;

XIV - Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ ou consumo, discriminado o valor do custo unitário de cada item, assinado pela instituição com terceiros durante todo o período de vigência do CONTRATO DE GESTÃO;

XV - Comprovação de eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo, mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação do profissional autônomo contratado;

XVI - A documentação comprobatória prevista nos incisos XV, XVI e XVII deverá ser acompanhada de mapa de rateio, especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com a **CONTRATANTE,** e se for o caso, com outros entes.

Parágrafo Quarto – Todas as contratações de pessoal, serviços e compras, para fins de prestação de contas, deverão ser realizadas no CNPJ da filial.

Parágrafo Quinto – O repasse mensal a partir da 3ª (terceira) parcela ficará condicionada a entrega dos relatórios de prestação de contas referente ao repasse da 1ª parcela e assim sucessivamente na forma da Cláusula Décima e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Plano de Trabalho (ANEXO I) a que se refere o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, não podendo recusar-se à encaminhar os referidos relatórios, salvo por motivos de força maior devidamente justificado.

Parágrafo Sexto – Somente serão recebidos pela **CONTRATANTE** os Relatórios de Prestação de Contas que estiverem devidamente instruídos com todos os documentos e formalidades descritas nesta Cláusula.

Parágrafo Sétimo – No caso de a **CONTRATANTE** verificar erro nos documentos apresentados que instruem os Relatórios de Prestação de Contas, serão os mesmos devolvidos à **CONTRATADA** até que sejam os referidos erros sanados, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos, sendo que a **CONTRATADA** terá 45 dias úteis, prorrogáveis no máximo por igual período, se necessário e a critério da **CONTRATANTE** (art. 148, VIII da IN 01/2020 TCE/SP).

Parágrafo Oitavo – Cada folha dos Relatórios de Prestação de Contas deverá conter rubrica do representante legal da **CONTRATADA**, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo.

Parágrafo Nono – Os Relatórios de Prestação de Contas deverão ser elaborados levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Décimo – A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado dos Relatórios de Prestação de Contas correspondentes aos respectivos exercícios financeiros.

Parágrafo Décimo Primeiro - Caberá à **CONTRATADA** promover até o dia 30 de Abril de cada ano e, no caso de ser transmitida através do Sistema Público de Escrituração (Sped), até o último dia do mês de maio do ano, a publicação integral na Imprensa, dos relatórios de execução financeira e de cumprimento de metas e de execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** aprovados por seu Conselho de Administração, bem como do balanço patrimonial e demais prestação de contas, sem prejuízo de sua análise pelo Tribunal de Contas de São Paulo.

Parágrafo Décimo Segundo - Os Relatórios de Execução e de Prestação de Contas servirão de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao **CONTRATO DE GESTÃO**.

Parágrafo Décimo Terceiro - Todos os valores relativos a despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela **CONTRATANTE** como pertinentes à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, deverão ser ressarcidos à **CONTRATANTE** através de depósito em conta específica a ser determinada pela **CONTRATANTE** com demonstração por meio de extrato bancário, no prazo determinado pela Administração, bem como poderão ser glosados no repasse subsequente.

Parágrafo Décimo Quarto - Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores, somente sendo aceitos recibos e notas fiscais emitidos em data posterior à assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO** e de seus respectivos termos aditivos.

Parágrafo Décimo Quinto – Nos contratos firmados entre a CONTRATADA e terceiros, no momento da atestação do recebimento do seu objeto, o valor unitário de cada item que o compõe deverá constar na nota fiscal a ser atestada, bem como em todos os recibos emitidos, o que deverá ser atestado, em ambos os casos, pelo Diretor da unidade de saúde beneficiada.

Parágrafo Décimo Sexto – As notas fiscais apresentadas deverão estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a data e a assinatura de seu preposto e a identificação deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

Parágrafo Décimo Sétimo – A **CONTRATADA** deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

CAPÍTULO XI
CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Ficam desde já cedidos à **CONTRATADA**, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, os bens móveis e imóveis do Hospital devidamente identificado no objeto deste instrumento, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação.

Parágrafo Primeiro – O bem imóvel de que trata o *caput* desta cláusula deverá ser recebido por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de **TERMO DE CESSÃO DE USO** e deverá ser devolvido quando do término do prazo de vigência do presente ou qualquer forma de resolução do **CONTRATO DE**

GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de **TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO**.

Parágrafo Segundo – É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Terceiro - Obriga-se a **CONTRATADA** em relação ao bem imóvel cedido:

a) Conservá-lo, mantendo-o limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste **CONTRATO DE GESTÃO**, em perfeitas condições de uso e conservação, sob a pena de, a critério da **CONTRATANTE**, arcar com o pagamento relativo ao conserto dos danos ou de quaisquer outros prejuízos.

b) Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral e predial, incluindo nas mesmas, a reposição de peças;

c) Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do **CONTRATO DE GESTÃO** aos bens móveis e imóveis cedidos.

d) Arcar com todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, tarifas e preços públicos.

e) Retirar às suas expensas, caso solicitado pela **CONTRATANTE**, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontre no imóvel cedido, ainda que a ele provisoriamente agregados.

f) Providenciar o seguro contra incêndio relativo aos bens móveis e imóveis descritos no *caput* desta cláusula, apresentando à **CONTRATANTE** a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento, bem como manter o AVCB em dia.

Parágrafo Quarto – Em relação aos bens móveis cedidos descritos no *caput* desta cláusula, obriga-se a **CONTRATADA**:

a) Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, para após serem recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO.

b) Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios a cada quadrimestre e fornecer as informações após a realização

do inventário, enviado juntamente com a prestação de contas.

c) Devolver todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando do término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme identificação prévia deles por prepostos de ambas as partes;

d) Em caso de furto ou roubo de equipamentos a contratada devera apresentar boletim de ocorrência e a reposição em até 5 dias uteis, obedecendo o manual de compras e contratações da Contratada.

Parágrafo Quinto - A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados em bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, precedido em ambos os casos de autorização da CONTRATANTE, bem como as benfeitorias realizadas, igualmente precedida de autorização da CONTRATANTE, serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção.

CAPÍTULO XII
DA SUBCONTRATAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – É vedada a subcontratação de quaisquer outras pessoas jurídicas ou físicas que tenha por objeto a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como a cessão total ou parcial do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pela **CONTRATADA,** sob pena de rescisão contratual, sem prejuízo de outras penalidades.

Parágrafo Primeiro – Nos casos de subcontratação de serviços auxiliares (lavanderia, enxovais, segurança, portaria, limpeza, hotelaria, informática, serviços de comunicação, manutenção, retirada de resíduos hospitalares, seguros, esterilizações, armazenamento de documentos, controle de pragas, tratamento de água, serviços de hemoterapia, locação de equipamentos, fornecimento de gases medicinais, fornecimento insumos e materiais, bem como de demais serviços pertinentes, acordados entre CONTRATADA e CONTRATANTE), o ente subcontratado será responsável, solidariamente à **CONTRATADA**, no que couber, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente por aquelas referentes aos encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

Parágrafo Segundo – No caso de subcontratação de serviços auxiliares, a CONTRATADA somente poderá subcontratar desde que conste no contrato celebrado para tal fim a imposição de fornecer a relação de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também mensalmente cópia dos registros de controle de frequência dos

funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

Parágrafo Terceiro – Fornecer à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, a relação de todas as empresas subcontratadas, previstas no Capítulo XII, admitidas em função do presente Contrato de Gestão, incluindo cópia dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também e mensalmente cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

CAPÍTULO XIII
DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá à **CONTRATANTE**, em especial à **CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** nomeada por Portaria do Secretário de Saúde, a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro – **A CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** no exercício de suas atribuições de gestão e fiscalização deste CONTRATO DE GESTÃO, realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, sendo investida das prerrogativas necessárias à execução das seguintes atividades:

a) Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços.

b) Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, principalmente em relação às metas assistenciais.

c) Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

d) Avaliar os indicadores de acompanhamento, avaliação e metas.

e) Elaborar Relatórios de Avaliação da Execução deste CONTRATO DE GESTÃO através dos dados analisados.

f) Avaliar os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho em confronto com as metas pactuadas, podendo para tanto solicitar o auxílio de outras instâncias administrativas da Secretaria de Saúde.

g) Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde ou pela **CONTRATADA.**

h) Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da **CAF - *COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO*** e participantes presentes.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela **CONTRATANTE**, se obrigando a fornecer, nos prazos propostos pela **CONTRATANTE**, os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades, não podendo recusar-se a fornecê-los, salvo motivos de força maior justificado, sob pena de não haver o repasse da parcela subsequente ou quaisquer das penalidades previstas no Capítulo XV.

Parágrafo Terceiro – Os responsáveis pela fiscalização da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade, não cumprimento de cláusulas contratuais, não cumprimento do Plano de Trabalho, ou ainda de ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, deverá notificar a CONTRATADA, com a ciência do Secretário de Saúde, por qualquer meio idôneo, a fim de seja sanada a irregularidade, que, persistindo, poderá o Secretário da Saúde tomar outras providências, como penalidades do Capítulo XV e aos órgãos de controle interno e externo referidos na Cláusula Vigésima Segunda, bem como notificar o Ministério Público se for o caso.

Parágrafo Quarto – Compete à **CONTRATADA** fazer minucioso exame das especificações dos serviços por escrito, de modo a permitir em tempo apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas, sendo que o silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas pela Fiscalização.

Parágrafo Quinto – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da **CONTRATADA** no que concerne à execução do objeto do **CONTRATO DE GESTÃO**.

Parágrafo Sexto – No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, a Fiscalização deverá encaminhar relatório a(o) Secretária(o) de Saúde.

CAPÍTULO XIV
DOS CASOS DE FORÇA MAIOR

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Os motivos de caso fortuito ou força maior que possam impedir a **CONTRATADA** de cumprir as metas pactuadas deverão ser comunicados à **CONTRATANTE**, na primeira oportunidade e por escrito, sob a pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Único – Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração dos Planos de Trabalho, desde que por termo aditivo.

CAPÍTULO XV
DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas nos Planos de Trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, a **CONTRATANTE** poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da CONTRATADA, cabível a aplicação do artigo 116 da Lei nº 8.666/1993, a critério da CONTRATANTE, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 da mesma Lei nº 8.666/1993, garantido o exercício do contraditório e a prévia defesa:

a) Advertência;

b) Multa:

I - Multa de 20% (vinte por cento) por inexecução total do objeto sobre o valor contratado.

II - Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, respectivamente nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da **CONTRATADA**.

III - Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO:

a) Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para aplicação de penalidade.

IV - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela que tenha problemas técnicos ou descumprimento de metas, mais multa de 0,33 (trinta e três centésimos por cento) ao dia enquanto os problemas técnicos ou descumprimentos não forem sanados, contados da data que a Administração tiver comunicado a irregularidade à entidade.

a) Os problemas técnicos ou descumprimento de metas que perdurarem por mais 10 (dez) dias, serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para efeitos de aplicação das penalidades.

V - Multa de 10% (dez por cento) por descumprimento de quaisquer das obrigações decorrentes do ajuste, que não estejam previstas nos subitens

acima, a qual incidirá sobre o valor do instrumento contratual.

VI - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos.

VII - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, respeitado o disposto no artigo 87, IV, da Lei 8.666/93.

VIII - Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Municipio de Guarulhos - SP.

Parágrafo Primeiro – A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula, dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo – As sanções previstas não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do **CONTRATO DE GESTÃO**, garantida ampla defesa prévia e contraditório da **CONTRATADA**.

Parágrafo Terceiro – As multas previstas não possuem caráter compensatório, de tal forma que seu pagamento não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto – As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria da Fazenda, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à **CONTRATADA** ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP.

Parágrafo Quinto – As aplicações das sanções estabelecidas são de competência do Secretário de Saúde.

Parágrafo Sexto – As sanções previstas poderão também ser aplicadas à **CONTRATADA**, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, caso tenha:

I - Sofrido condenação definitiva por praticar fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos por meios dolosos.

II - Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

Parágrafo Sétimo - As sanções serão aplicadas a critério da Administração. As multas referidas não impedem a aplicação de outras sanções previstas neste instrumento e na Lei 8.666/93, podendo ser aplicada isolada ou cumulativamente.

CAPÍTULO XVI
DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Em relação às sanções previstas na cláusula décima quinta deste CONTRATO DE GESTÃO que lhe sejam impostas, a **CONTRATADA** poderá interpor os seguintes Recursos Administrativos:

a) *Pedido de Reconsideração* perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da ciência da decisão;

b) *Pedido de Revisão de Sanção Administrativa* à autoridade imediatamente superior a ser encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Primeiro – Em hipótese alguma será conferido efeito suspensivo aos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta *cláusula.*

Parágrafo Segundo – O exercício do Pedido de Revisão de Sanção Administrativa dependerá da prévia interposição do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Terceiro – O provimento de quaisquer dos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta *cláusula* importará apenas na invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CAPÍTULO XVII
DA RESCISÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – A **CONTRATANTE**, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá ser rescindido unilateralmente o CONTRATO DE GESTÃO, na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Plano de Trabalho, e ainda:

a) Se houver por parte da **CONTRATADA**, má gestão, culpa, dolo, violação de lei, de disposição de seus Atos Constitutivos, do presente CONTRATO DE GESTÃO ou do respectivo Plano de Trabalho vigente.

b) Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

c) Se houver alterações dos Atos Constitutivos da **CONTRATADA** que impliquem modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

d) Se houver a perda da qualificação como Organização Social por parte da **CONTRATADA**.

Parágrafo Primeiro – Na hipótese de resolução, a **CONTRATADA** deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do **CONTRATANTE** os bens móveis e imóveis cujo uso foi cedido, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, prestar

contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo – Na decretação da rescisão, a **CONTRATADA** ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CAPÍTULO XVIII
DA RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Em caso de resilição unilateral por parte da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados.

Parágrafo único – A resilição unilateral será precedida de denúncia da CONTRATANTE, em prazo que atenda o interesse público.

CAPÍTULO XIX
DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – A publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do Município de Guarulhos será providenciada pela **CONTRATANTE** no prazo máximo de 20 (vinte) dias da sua assinatura.

CAPÍTULO XX
DA TRANSIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA – Após a publicação do extrato deste CONTRATO DE GESTÃO no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP, devidamente assinado pelas partes contratuais, a CONTRATADA receberá a *Unidade de Saúde,* objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, através de ATO DE TRANSIÇÃO a ser estabelecido com a atual entidade gestora da referida unidade de saúde, o qual implica a necessária assunção dos pacientes da unidade de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Primeiro – A **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA** servidores públicos municipais de seu quadro de pessoal permanente, os quais, em ocorrendo a referida disponibilização por parte da **CONTRATANTE**, necessariamente deverão compor a equipe de profissionais que atuarão na unidade de saúde a que se refere o presente CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Segundo – Atualmente há servidores municipais atuando no HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA. O valor correspondente ao custo mensal de folha de pagamento destes servidores, será descontado do repasse da unidade, mensalmente, conforme consta do Termo de Referência.

Parágrafo Terceiro – A **CONTRATANTE** providenciará a formalização do ato de cessão dos servidores para prestarem serviços no HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA, sempre garantindo a eles todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

Parágrafo Quarto - A **CONTRATANTE** poderá ceder mais servidores de seu quadro de pessoal permanente a **CONTRATADA**, mediante ato publicado em Diário Oficial do Município.

Parágrafo Quinto – A **CONTRATADA** é responsável pelo controle da vida funcional dos servidores municipais cedidos pela **CONTRATANTE**, inclusive pelos atos administrativos necessários, de acordo com o fluxo estabelecido pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Parágrafo Sexto – É vedado o pagamento pela **CONTRATADA** de qualquer vantagem pecuniária aos servidores municipais cedidos pela **CONTRATANTE.**

Parágrafo Sétimo – Para efetivação do desconto mensal constante do caput desta cláusula será enviada, mensalmente, pela **CONTRATANTE** folha de pagamento em planilha analítica, por meio eletrônico, para análise e validação da **CONTRATADA.**

Parágrafo Oitavo – A **CONTRATADA** não poderá solicitar a sustação da cedência à Secretaria da Saúde dos servidores, exceto se houver motivação justificada, devidamente documentada, que será analisada pela Secretaria, a qual poderá acatar ou negar a solicitação, podendo, ainda, ensejar abertura de Sindicância ou Processo Administrativo Disciplinar, se o caso.

Parágrafo Nono – A **CONTRATANTE** poderá sustar a cedência de qualquer servidor a seu critério, mediante comunicação prévia de, no mínimo, 30 dias, realizando-se os acertos necessários no repasse mensal

Parágrafo Décimo – O servidor público poderá solicitar sua realocação para outra unidade de saúde municipal, será analisado pela Secretaria da Saúde, a fim de verificar a compatibilidade da função para atuação nas unidades de administração direta. Em caso positivo, o servidor deverá aguardar a realocação prestando serviços no HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HMCA até contato do Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Parágrafo Décimo Primeiro – Para fins de execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, os primeiros 30 dias, após a assunção da unidade de saúde deste instrumento pela **CONTRATADA**, serão considerados como período de transição pela **CONTRATANTE**, que poderá mediante análise discricionária das justificativas apresentadas e comprovadas pela **CONTRATADA**, acolher ou não em detrimento dos termos do presente instrumento e anexos, somente pelo período considerado de transição, não gerando qualquer direito posterior da **CONTRATADA**, que deverá observar todas as disposições pactuadas.

CAPÍTULO XXI
DO CONTROLE INTERNO E EXTERNO

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – A **CONTRATANTE** providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município de Guarulhos no prazo de 10 (dez) dias, contados da sua assinatura e, ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no prazo de 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato.

CAPÍTULO XXII
DO FORO DE ELEIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – Fica eleito o Foro da Comarca de Guarulhos – SP, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste **CONTRATO DE GESTÃO** que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CAPÍTULO XXIII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – Na contagem dos prazos é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, sendo para tanto, considerados sempre os dias consecutivos, salvo disposição em contrário, observando-se ainda que os prazos se iniciem e vencem somente em dias de expediente da Secretaria de Saúde.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO, em 02 (duas) vias, de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Guarulhos – SP, 16/09/22.

CONTRATANTE
Secretaria de Saúde de Guarulhos – SP
Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Secretário de Saúde

ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

CONTRATADA
Beneficência Hospitalar de Cesário Lange
ROBERTO GONELLA JUNIOR
Representante Legal

Testemunhas
1 _____ 2 _____

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
CONTRATO DE GESTÃO COM O TERCEIRO SETOR

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS – SECRETARIA DA SAÚDE.
CONTRATADA: BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTATO DE GESTÃO N°(DE ORIGEM) 5922/2022-FMS
OBJETO: O presente termo tem por finalidade a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a ser realizada na unidade do HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA que assegurem assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia.
EXERCÍCIO (1): 2022
ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL :(2)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. **Estamos CIENTES de que:**
   a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
   b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;
   c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
   d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
   e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. **Damo-nos por NOTIFICADOS para:**
   a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
   b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Guarulhos, 16/09/22

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: GUSTAVO HENRIC COSTA
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 296 269.158-70

AUTORIDADE MÁXIMA DA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PARECER CONCLUSIVO:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Cargo: Secretário da Saúde
CPF : 066.120.808-76
Assinatura:

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PRESTAÇÃO DE CONTAS:

PELA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70
Assinatura: ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

RELATÓRIO

Data de verificação	16/09/2022 17:56:11 BRT
Versão do software	2.9-116-g0696ee4

Nome do arquivo	Contrato de Gestão nº 5922-22 - CESÁRIO LANGE HMCA assinado.pdf
Resumo SHA256 do arquivo	56487095be7435a589c205a67a454d17aac99e2617274dec02bde6ca2ec2f456
Tipo do arquivo	PDF
Quantidade de assinaturas	2
Quantidade de assinaturas ancoradas	2

Tipo de assinatura	Destacada
Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Conformidade com o padrão (ISO 32000).
Cifra assimétrica	Aprovada
Resumo criptográfico	Correto
Data da assinatura	September 16, 2022 at 5:34:54 PM BRT
Status dos atributos	Aprovados

Modo escuro ☐

Atestado de Capacidade

Guarulhos, 22 de abril de 2025.

Atestamos, para todos os fins de direito, que a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida na Avenida São Paulo, 340, vila Brasil, Cesário Lange/SP que tem por objeto a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a serem realizadas no Hospital Municipal da Criança e Adolescente - HMCA, localizado na R. José Maurício, 191 - Centro, Guarulhos - SP, 07011-060 - entre a PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, situada na Avenida Bom Clima, 91 – Bom Clima, inscrita no CNPJ nº 46.319.000/0001-50, neste ato representada pela sua Secretaria de Saúde e a Organização Social, conforme o Contrato de Gestão nº 05922/2022 – FMS que teve sua vigência desde o dia 18/09/2022 até a data de 18/09/2024; prorrogado por mais 12 meses conforme Termo de Aditamento Nº 10-05922/2022 – FMS.

- Ø **Metas Contratualizadas Quantitativas:**

1 - **Atendimento de Urgência e Emergência.**

Atendimentos	Meta Mensal
Atendimentos Médicos de urgência e emergência	8.000

2 - **Assistência Hospitalar.**

Internação - Saídas hospitalares	Meta Mensal
Clínica Cirúrgica Pediátrica	350
Clínica Pediátrica	
Clínica Psiquiátrica	

3 - Ambulatório.

Atendimento Ambulatorio	Meta Mensal
Anestesiologia	200
Cardiologia	30
Cirurgia Bucomaxilofacial	20
Cirurgia Pediátrica	350
Cirurgia Plástica	15
Endocrinologia	100
Gatroenterologia/Hepatologia	40
Hematologia	20
Imunoalergologia	30

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 23 de abril de 2025 10:27:04 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Infectologia	15
Nefrologia	30
Neurocirurgia	20
Neurologia Clinica	210
Nutrologia	15
Odontologia	120
Ortopedia Pediátrica	350
Ortopedia Pós - Trauma	250
Otorrinolaringologia	300
Pneumologia	100
Genética	25
TOTAL	**2.240**

5 - SADT EXTERNO.

SADT EXTERNO	Meta Mensal
Coleta de liquido céfalo raquidiano (LCR) para Neurosifilis	5
Colonoscopia	4
Curva de GH com estímulo de Clonidina	5
Curva de GH com estímulo de Insulina	1
Ecocardiograma	150
Ecocardiograma Fetal (gesrtante de qualquer idade)	50
Eletroencefalograma com e sem sono induzido	50
Endoscopia Digestiva Alta (EDA)	12
Mielograma	10
Nasofibroscopia/Nasolaringoscopia/Videolaringoscopia	120
Radiografia simples com e sem contraste (com laudo)	290
Ultrassonografia com Doppler	30
Ultrassonografia Morfológica (gestante de qualquer idade)	5
Ultrassonografia Obstétrica (gestante de qualquer idade)	100
Ultrassonografia simples (USG)	200
TOTAL	**1.032**

6 - Cirurgia Eletiva.

Especialidade	Meta Mensal
Cirurgia Pediátrica	90
Cirurgia Odontologica com Sedação	12
Cirurgia Ortopêdica	50
Cirurgia de Otorrinolaringologia	30

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 23 de abril de 2025 10:27:04 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Cirrugia Bucomaxilofacial	5
Neurocirurgia	2
TOTAL	**189**

7 - Manutenção das Comissões.

Comissões
Comissão de Análise e Recisão de prontuário
Comissão omselho Gestor
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Comissão de Ètica de Enfermagem
Comissão de Ética Médica
Comissão de Farmacoterapia
Comissão de Gerenciamento de Resíduo
Comissão de Núcleo Interno de Segurança
Comissão Verificação de òbito
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA
Comissão Multidiciplinar de Terapia Nutricional
Núcleo Diciplinar de Epidemiologia - NHE
Núcleo Interno de Regulação
Plano de Contigencia para Atendimento de Multiplas Vítimas
Serviço Especializado de Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT

Durante o período contratual, unidade manteve-se de portas abertas de maneira ininterrupta 24 horas, realizando atendimentos de Urgência e Emergência em clinica pediátrica e cirurgia pediátrica, oferecendo retaguarda nas especialidades de psiquiatria, otorrinolaringologia e cirurgia bucomaxilofacial, assim como, serviço de Ambulatório de Especialidades e SADT Externo.

Marcia Adriana Spanivello
CF: 63.035
Gestor de Contrato

Cristiane Yumi Hirahara Miyasaki
CF: 41.594
Fiscal do contrato DTAFC

Sandra Regina Diniz R. Gehlen
CF: 60.686
Gerente de Projetos e Programas

Fernando Terumichi Pontes
CF: 63.492
Chefe de Divisão Técnica SS18. 04

Ciente,
Bruno Menon do Nascimento
Diretor de Departamento em exercício

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 23 de abril de 2025 10:27:04 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Documento assinado eletronicamente por **Marcia Adriana Spanivello**, **Enfermeiro (a)**, em 22/04/2025, às 13:26, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Yumi Hirahara Miyasaki**, **Cirurgião Dentista**, em 22/04/2025, às 13:44, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Fernando Terumichi Pontes**, **Chefe de Divisão Técnica**, em 22/04/2025, às 13:51, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Sandra Regina Diniz Rodrigues Gehlen**, **Gerência de Projetos e Programas**, em 22/04/2025, às 14:26, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Menon do Nascimento**, **Diretor (a) de Departamento**, em 22/04/2025, às 15:56, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.guarulhos.sp.gov.br/sei/web/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1880915** e o código CRC **9C26E356**.

1111.2025/0012324-7 1880915v8

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 23 de abril de 2025 10:27:04 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 21/07/2025

CNES: 2080427 Nome Fantasia: HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANCA E DO ADOLESCENTE HMCA CNPJ: 46.319.000/0020-12

Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA JOSE MAURICIO Número: 185 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 351880 - GUARULHOS UF: SP

CEP: 07011-060 Telefone: (11)2475-9688 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 0201

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO Subtipo: PEDIATRIA Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: JOSE CARLOS BONAGURA PRADO

Cadastrado em: 25/02/2003 Atualização na base local: 02/07/2025 Última atualização Nacional: 18/07/2025

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 009 - INTERNACAO

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 005 - CONCESSAO, MANUTENCAO E ADAPTACAO DE OPM
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	2	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	2	12
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	3

AMBULATORIAL		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	1	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	1	0
SALA DE GESSO	1	0
HOSPITALAR		
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERACAO	1	5

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
BANCO DE LEITE	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	TERCEIRIZADO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO

SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
165	ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
114	ATENCAO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
115	ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
135	REABILITACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
113	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
119	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO E TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

134	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
119 - 001	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
134 - 001	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	ACUPUNTURA	NÃO	NAO INFORMADO
113 - 001	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	ASSISTENCIA DOMICILIAR	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
165 - 001	ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 007	ATENCAO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL	ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 006	ATENCAO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 005	ATENCAO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 001	ATENCAO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL	DENTISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO

128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 002	ATENCAO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL	ENDODONTIA	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	9667830
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	AMBOS	9667830
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	AMBOS	9667830
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	AMBOS	9667830
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	AMBOS	9667830
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	AMBOS	9667830
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	AMBOS	9667830
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	AMBOS	9667830
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	AMBOS	9667830
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	AMBOS	9667830
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	AMBOS	9667830
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	AMBOS	9667830

125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
134 - 005	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	HOMEOPATIA	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
113 - 002	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	INTERNACAO DOMICILIAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 003	ATENCAO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL	PERIODONTIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 009	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PSIQUIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 012	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 003	ATENCAO PSICOSSOCIAL	SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X Dentario	1	1	SIM
Raio X ate 100 mA	2	2	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	3	3	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ultrassom Convencional	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	1	1	SIM
Caneta de Alta Rotacao	9	3	SIM
Caneta de Baixa Rotacao	2	2	SIM
Compressor Odontologico	1	1	SIM
Equipo Odontologico	1	1	SIM
Fotopolimerizador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	10	10	SIM

Bomba de Infusao	45	43	SIM
Desfibrilador	4	4	SIM
Equipamento de Fototerapia	8	8	SIM
Incubadora	3	3	SIM
Monitor de ECG	10	10	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	5	5	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	40	40	SIM
Respirador/Ventilador	16	16	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	3	3	SIM
Eletroencefalografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscopio Digestivo	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Respiratorias	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO		
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	4	4
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PSIQUIATRIA	2	2
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	6	6
PEDIATRIA CLINICA	57	57

Mantenedora

Nome	CNPJ	Logradouro
MUNICIPIO DE GUARULHOS	46319000000150	AVN BOM CLIMA

Bairro	Número	Complemento	CEP	Município	UF
BOM CLIMA	90		07196220	GUARULHOS	SP

Telefone	Região de Saúde	Agência	Conta Corrente
11-24758600	0201	0636X	6081X

Habilitações

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	03/2012	99/9999	PT SAS 247	29/03/2012		30/03/2012	30/03/2012
2303	ENTERAL	NACIONAL	04/2012	99/9999	PT SAS 289	10/04/2012		10/04/2012	10/04/2012
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	03/2012	99/9999	PT SAS 247	29/03/2012		30/03/2012	30/03/2012
2603	UTI II PEDIATRICA	NACIONAL	05/2005	99/9999	PT SAS 270	27/05/2005	10	28/04/2008	

Habilitações - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1302	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	NACIONAL	06/2014	99/9999	SAS 473	13/06/2014	16/6/2014	Habilitado	
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	01/2008	12/2008	MEMO CGAC/DAE/SAS 284	05/11/2008	4/12/2008	Alterado	
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	01/2008	05/2008	MEMOCGAC/DAE/SASNº87	29/04/2008	12/5/2008	Alterado	

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	01/2008	08/2008	MEM da CGAC/DAE/SAS/MS N132	24/06/2008	24/6/2008	Alterado	
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	01/2008	04/2008	MEMOCGAC/DAE/SASNº41	05/03/2008	3/4/2008	Habilitado	
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	03/2012	99/9999	PT SAS 247	29/03/2012	30/3/2012	Habilitado	
2303	ENTERAL	NACIONAL	04/2012	99/9999	PT SAS 289	10/04/2012	10/4/2012	Habilitado	
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	01/2008	08/2008	MEM da CGAC/DAE/SAS/MS N132	24/06/2008	24/6/2008	Alterado	
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	01/2008	12/2008	MEMO DAE/SAS/MS N284	05/11/2008	8/12/2008	Alterado	
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	01/2008	05/2008	MEMOCGAC/DAE/SASNº87	29/04/2008	12/5/2008	Alterado	
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	03/2012	99/9999	PT SAS 247	29/03/2012	30/3/2012	Habilitado	
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	01/2008	04/2008	MEMOCGAC/DAE/SASNº41	05/03/2008	3/4/2008	Habilitado	
2603	UTI II PEDIATRICA	NACIONAL	05/2005	99/9999	PT SAS 270	27/05/2005	28/4/2008	Alterado	10
2699	UTI I	NACIONAL	00/0000	00/|			2/5/2006	Excluído	
1302	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	NACIONAL	06/2015	06/2015	GM 811	19/06/2015	20/7/2015	Desabilitado	
1302	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	NACIONAL	06/2015	99/9999	GM 811	19/06/2015	20/7/2015	Habilitado	
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	01/2008	04/2010	MEMO MS/SAS n° 333	05/11/2008	23/12/2008	Alterado	
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	01/2008	10/2008	MEM/CGAC/DAE/SAS/MS 236	23/09/2008	24/6/2008	Alterado	
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	01/2008	05/2009	MEMO MS/SAS n° 333	21/12/2008	23/12/2008	Alterado	
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	01/2008	05/2009	MEMO MS/SAS n° 333	21/12/2008	23/12/2008	Alterado	
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	01/2008	10/2008	MEM/CGAC/DAE/SAS/MS 236	23/09/2008	24/6/2008	Alterado	
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	01/2008	04/2010	MEMO MS/SAS n° 333	05/11/2008	23/12/2008	Alterado	

Regras Contratuais

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Regras Contratuais - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	19/06/2022	16/09/2022	05/11/2024	-
67642496000178	INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE GESTAO TECNOLOGIA E PESQUISA EM SAUDE E ASSISTENCIA SOCIAL	23/08/2018	31/12/2018	29/12/2021	-
67642496000178	INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE GESTAO TECNOLOGIA E PESQUISA EM SAUDE E ASSISTENCIA SOCIAL	01/01/2019	18/02/2019	29/12/2021	-
67642496000178	INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE GESTAO TECNOLOGIA E PESQUISA EM SAUDE E ASSISTENCIA SOCIAL	01/04/2019	18/12/2021	29/12/2021	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	18/09/2022	17/09/2024	05/11/2024	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	16/12/2021	14/06/2022	05/11/2024	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	18/09/2024	17/09/2025	05/11/2024	-
14963977000119	INSTITUTO GERIR	02/05/2017	01/08/2018	14/04/2021	-

Base Descentralizada

Nenhum resultado para a consulta realizada.

SAMU 192

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO **N° 3422/2022-FMS** ESTABELECIDO ENTRE O MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP, ATRAVÉS DE SUA SECRETARIA DE SAÚDE E A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR CESÁRIO LANGE, QUE TEM POR OBJETO A GESTÃO COMPARTILHADA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DEMAIS AÇÕES DE SAÚDE A SEREM REALIZADAS NAS **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA E SÃO JOÃO LAVRAS** E **PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE** QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA.

Ao(s) **primeiro** dia(s) do mês de **junho** do ano de 2022, o **MUNICÍPIO DE GUARULHOS**, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, com sede nesta cidade na Rua Íris, nº 300, neste ato representado por seu Secretário de Saúde Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 17.355.446, inscrito no CPF sob o nº 066.120.808-76, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a (o) **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, sob n° CNPJ. 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida à Avenida São Paulo, 340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, CEP 18285-000, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, inscrito (a) no Registro Geral de Pessoas – RG sob o n° 12.249.262-6 expedido pela SSP inscrito (a) no CPF sob o n° 048.461.708-7, estabelecem o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, autuado no processo administrativo nº 30223/2021, que tem por objeto o Chamamento Público **nº 02/2022**.

CAPÍTULO I
DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

CLÁUSULA PRIMEIRA – Este CONTRATO DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Federal nº 9.637/1998, Lei Complementar Federal n° 101/2000, Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, pela Lei Federal 8.666/93, no que se aplicar; Lei Municipal nº 7.545/2017, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 34.210/2017, e pelos Decretos Municipais nº 33.703/2016 e nº 33.912/2017, 13019/2014 bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do **Edital de Chamamento Público** e de seus anexos, assim como pelas disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos anexos**.

CAPÍTULO II
DO OBJETO

CLÁUSULA SEGUNDA – Constitui objeto deste CONTRATO DE GESTÃO a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Primeiro – Constitui parte integrante do presente CONTRATO DE GESTÃO, seus anexos, relativo a unidade de saúde o qual refere o objeto deste, cujo conteúdo deverá ser observado tanto quanto o dispositivo descrito no corpo deste instrumento, no exercício de seu cumprimento, quais sejam:

ANEXOS:

a) **ANEXO I** – Plano de Trabalho UPA São João Lavras/ UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

b) **ANEXO II** – Cronograma de Desembolso da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce ;

c) **ANEXO III** – Planilha de Destinação dos Recursos Financeiros da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

d) **ANEXO IV** – Relação de Patrimônio das UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce.

e) **ANEXO V** – Modelo de Planilhas de Prestação de Contas

Parágrafo Segundo: O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderá ser acrescido e/ou suprimido no que se refere aos quantitativos e espécies de ações por ele regradas a serem executadas, na referida unidade de atendimento, observando-se sempre a manutenção da natureza, finalidade e identidade do objeto definido nos termos previstos pelo **Edital de Chamamento Público nº 02/2022.**

CAPÍTULO III
DO PLANO DE TRABALHO

CLÁUSULA TERCEIRA – O Plano de Trabalho relativo à unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I), é parte integrante deste instrumento contendo as especificações e quantitativos das metas a serem atingidas, bem como as metas qualitativas, seus respectivos prazos e regime de execução, assim como a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CLÁUSULA QUARTA – O prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO será de **24 (vinte e quatro) meses** a contar das **00h00 do dia 02/06/2022**.

CAPÍTULO V
DO VALOR GLOBAL E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

CLÁUSULA QUINTA – O valor global inicial deste CONTRATO DE GESTÃO é de a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Único – Para o exercício de 2022 é estimado o valor de **R$ 53.787.541,94 (Cinquenta e três milhões, setecentos e oitenta e sete mil, quinhentos e quarenta e um reais e noventa e quatro centavos)**, cuja despesa atenderá aos Programas de Trabalho (Anexo I), Natureza de Despesa **335085 – Contrato de Gestão**, Fonte **Tesouro** e/ou **Federal** e, nos exercícios subsequentes, atenderá o Plano de Trabalho e os que o suceder, respeitado os valores descritos no Cronograma de Desembolso relativos a unidade de saúde a qual se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

0791.1030200032.016.01.3100000.339039.001
0791.1030200032.016.05.3000157.339039.621

CAPÍTULO VI
DOS REPASSES E MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA SEXTA – Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos, o valor global inicial é de **R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos)**, e será repassado à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** na forma e nas condições dos Cronogramas de Desembolso (ANEXO II), em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais no valor de **R$ 7.720.699,80 (Sete milhões, setecentos e vinte mil, seiscentos e noventa e nove reais e oitenta centavos),** sendo que deste valor, destina-se à **Unidade de Pronto Atendimento SÃO JOÃO LAVRAS** o valor de **R$ 2.818.977,58 (Dois milhões, oitocentos e dezoito mil, novecentos e setenta e sete reais e cinquenta e oito centavos,** à **Unidade de Pronto Atendimento CUMBICA** o valor de **R$ 2.779.787,33 (Dois milhões, setecentos e setenta e nove mil, setecentos e oitenta e sete reais e trinta e três centavos)** e ao **Pronto Atendimento MARIA DIRCE** o valor de **R$ 2.121.934,89 (Dois milhões, cento e vinte e um mil, novecentos e trinta e quatro reais e oitenta e nove centavos)**.

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à **CONTRATADA** serão depositados em conta bancária em instituição financeira oficial (Banco do Brasil S.A. ou Caixa Econômica Federal S.A.).

Parágrafo Segundo – Os recursos repassados à **CONTRATADA** deverão ser depositados em contas correntes específicas e exclusivas destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO; a **CONTRATADA** deverá manter conta corrente distinta e individualizada, de tal forma que não sejam confundidos seus recursos respectivos com os de outra origem, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

Parágrafo Terceiro – Os saldos financeiros relativos à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em:

I - em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for de até 01 (um) mês;

II - em fundos de curto prazo ou;

III - em títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto – As aplicações financeiras descritas nos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração de capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno, bem como o resultado deverá ser obrigatoriamente utilizado no objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quinto – O repasse dos recursos se dará mensalmente, sendo a primeira parcela em até 15 (quinze) dias contados do início da vigência contratual e a partir da segunda parcela no 2º dia útil do mês corrente, obedecido o Cronograma de Desembolso da unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

Parágrafo Sexto - As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I) e com o respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II), salvo autorização prévia da **CONTRATANTE**, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I. Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II. Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.

III. Quando do não atendimento aos demais requisitos legais, inclusive o disposto no artigo 8º, inciso VII, da lei 7.545/2017.

IV. Quando das hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" do inciso XXIII, da CLÁUSULA NONA (DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA)

V. Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sétimo – Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no Plano de Trabalho, cabendo à CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* do presente CONTRATO DE GESTÃO verificar o percentual de atendimento das referidas metas.

Parágrafo Oitavo – A **CONTRATADA** poderá captar, assumindo em relação a tal captação inteira responsabilidade, recursos privados para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, hipótese esta em se implementando haverá alteração do Plano de Trabalho necessário à formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos, restando claro desde já que ambas as situações imprescindem de celebração de termo aditivo.

Parágrafo Nono – Fica vedada a utilização dos valores inerentes aos repasses orçamentários vinculados a este CONTRATO DE GESTÃO com despesas a título de taxa de administração global, conforme súmula 41 do TCE/SP.

Parágrafo Décimo – Os repasses orçamentários destinados ao pagamento das despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, sendo que as referidas despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento deverão ser as mesmas previstas detalhadamente no Plano de Trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à **CONTRATADA** a título de provisionamento inerente à previsão de valores necessários ao adimplemento de verbas rescisórias, pagamento de férias e décimos terceiros salários, deverá ser depositado em conta bancária específica, distinta daquela destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO, preferencialmente em conta poupança, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal e/ou saldo mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE,** ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo – Quando do término do presente CONTRATO DE GESTÃO, caso haja saldo para fins rescisórios ou de provisionamento obrigatório no fundo tratado no parágrafo anterior, os valores deverão ser restituídos à CONTRATANTE, para que seja disponibilizado para o mesmo fim em novo CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Terceiro – Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.

CAPÍTULO VII
DA REPACTUAÇÃO

CLÁUSULA SÉTIMA – Em havendo interesse público que justifique o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, e por conseguinte da respectiva dotação orçamentária específica para esse fim, os valores dos repasses financeiros para execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderão ser repactuados.

Parágrafo Primeiro - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pelo pagamento de despesas e custos vinculados à mão de obra principal necessária à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverá ser demonstrada pela **CONTRATADA** de forma analítica a variação dos referidos custos, em consonância com o preconizado por convenção ou acordo coletivos, ou ainda sentença normativa, que regem as categorias profissionais envolvidas;

Parágrafo Segundo - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pela variação dos demais custos e despesas necessárias à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, será adotado o *Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA*.

Parágrafo Terceiro - O pedido de repactuação por parte da **CONTRATADA** que tenha por objeto aumento de valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, ou quaisquer outros objetos de naturezas diversas, deverá ser apresentado pela **CONTRATADA** de forma justificada e instruído com planilha analítica demonstrativa, a fim de que seja submetido à análise da Secretaria de Saúde.

Parágrafo Quarto - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no Plano de Trabalho, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, convenção ou acordos coletivos.

CAPÍTULO VIII
OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA OITAVA – *São obrigações da* ***CONTRATANTE****:*

I - Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II - Realizar o repasse de recursos na forma disposta nos Cronogramas de Desembolso relativo a Unidade de Pronto Atendimento a que se refere este

CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II), e na Cláusula Sexta deste mesmo instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

III - Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução das ações previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos públicos repassados à **CONTRATADA**, na forma disposta no Plano de Trabalho e neste instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle.

CAPÍTULO IX
DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA NONA – *São obrigações da* ***CONTRATADA****:*

I - Desenvolver em conjunto com a Secretaria de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho e na legislação aplicável;

II - Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários;

III - Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações, eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização empreendida pelo **CONTRATANTE**;

IV - Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pela **CONTRATANTE** e legislações pertinentes ao objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

V - Cumprir as metas relacionadas no Plano de Trabalho relativo a Unidades de Pronto Atendimento a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I);

VI - Providenciar a publicação na imprensa ou no sítio digital da própria organização Social, no prazo máximo de 30 dias (trinta dias) corridos a contar da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, sempre em consonância com os valores descritos no Projeto Técnico apresentado pela **CONTRATADA** quando da realização do certame.

VII - Elaborar os relatórios de execução do CONTRATO DE GESTÃO e submeter à aprovação da CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização*, bem como encaminhar, mensalmente, à **CONTRATANTE**, impreterivelmente, até dia 15 do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme o interesse público, ou a critério da Administração, os referidos relatórios contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, não podendo se recusar à submeter à aprovação, tampouco deixar de encaminhar os referidos relatórios, salvo motivos de força maior justificado, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos ;

VIII - Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção ou atualização dentre outros;

IX - Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos, bem como os bens móveis e imóveis privados, contratados pelo Município, que encontram-se na posse da contratada para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, sem qualquer direito à disposição ou retenção dos bens, inclusive no caso de encerramento do CONTRATO DE GESTÃO;

X - Responsabilizar-se com recursos repassados pela **CONTRATADA** pelas despesas inerentes ao fornecimento de água/esgoto, energia elétrica, gás, serviços de telefonia e *internet* relativos aos bens imóveis cujo uso tenha sido cedido à **CONTRATADA,** despesas estas que, a critério da Administração, poderão ser pagas pela **CONTRATANTE** e descontadas dos repasses a serem realizados à **CONTRATADA**, caso em que, as respectivas contas de consumo deverão ser enviadas à **CONTRATANTE** em tempo hábil para pagamento. São de responsabilidade de CONTRATADA, toda e qualquer despesa de consumo referente ao bem imóvel, tais como: energia, gás, agua/esgoto, telefonia, internet e outros caracterizados como consumo, impostos ou taxas pertencentes ao imóvel.

XI - Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, assim como pelos decorrentes encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais e comerciais, não excluindo ou reduzindo tal responsabilidade da **CONTRATADA**, as responsabilidades e prerrogativas da **CONTRATANTE** relativas à fiscalização da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XII - Zelar para que os recursos financeiros repassados pela **CONTRATANTE** sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no Plano de Trabalho, atentando sempre para a devida observância do princípio da economicidade;

XIII - Manter e movimentar os recursos em conta bancária específica do CONTRATO DE GESTÃO, com observância das normas constantes no CAPÍTULO X deste ajuste, admitindo-se pagamentos em espécie, desde que observados o limite de R$ 1.000,00 (mil reais);

XIV - A CONTRATADA deverá observar como limite de remuneração de seus funcionários, o salário do Prefeito Municipal, e a compatibilidade com os salários das categorias profissionais desta municipalidade, os casos não enquadrados deverão ser justificados e ficarão sob análise da CONTRATANTE.

XV - Prestar contas dos recursos repassados pela **CONTRATANTE**, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO;

XVI - Prestar sempre que solicitado quaisquer informações, inclusive as de natureza financeira, acerca da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XVII - Produzir, guardar e disponibilizar à **CONTRATANTE**, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos, durante todo o prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos;

XVIII - Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da **CONTRATANTE**, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIX - Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação, relativos às atividades de natureza pública gratuita, que devam ser executadas em virtude da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO ou da legislação aplicável;

XX - Manter atualizadas as informações cadastrais junto à **CONTRATANTE**, devendo comunicar à mesma, quaisquer alterações nos seus atos constitutivos em até 5 dias uteis;

XXI - Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais (Digitalizados e pesquisáveis) que comprovem as despesas realizadas para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

a) A CONTRATADA deverá adotar CNPJ filial especifico para cada Equipamento de Saúde para a execução do objeto deste Contrato de Gestão.

XXII - Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais de natureza técnica que deverão ser adotados para tanto;

XXIII - Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades do CONTRATO DE GESTÃO, respeitando o disposto no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, como também as que regem os conselhos de classe, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso;

XXIV - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado e de acordo com as respectivas Convenções Coletivas de Trabalho, pertinente à sua área de atuação, conforme descrito em seus atos constitutivos, no que se refere ao pagamento de salários e de benefícios de qualquer natureza a seus empregados e dirigentes;

XXV - Responsabilizar-se, na forma deste CONTRATO DE GESTÃO, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão de obra necessária à completa execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, até o término de seu prazo de vigência, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, pelas obrigações decorrentes da referida execução isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, devendo ser observado ainda o que segue:

a) em caso de ciência de ações trabalhistas movidas contra a **CONTRATADA** decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, nas quais entidades da Administração Pública do Município de Guarulhos tenham sido incluídas no polo passivo das referidas ações tanto como responsável subsidiário ou solidário, a **CONTRATANTE** poderá reter dos repasses devidos, o montante dos valores dela cobrados nas mesmas referidas ações, valores estes que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção, em caso de insuficiência, para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do objeto presente CONTRATO DE GESTÃO que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária da **CONTRATANTE**, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores que venham a ser cobrados da **CONTRATANTE** a este título, valores estes que poderão ser complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

c) as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência a **CONTRATANTE** da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e/ou previdenciários sendo que os valores inerentes às referidas retenções serão destinados ao pagamento das respectivas obrigações caso a **CONTRATANTE** seja compelida a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**;

d) Eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pela **CONTRATANTE** se houver justa causa devidamente fundamentada, ou seja, de forma criteriosa, apontando de forma objetiva o enquadramento da justa causa nos itens do artigo 482, da CLT.

XXVI - Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas no Chamamento Público durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO;

XXVII - Fornecer as informações e documentos exigidos nas alíneas do inciso XI, do Art. 4º do Decreto Municipal nº 33.703/2016.

XXVIII - Os equipamentos e instrumentais necessários para a realização das ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, bem como os adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE,** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser mantidos pela **CONTRATADA**, em perfeitas condições;

XXIX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos, deverão ter avaliação prévia e autorização da Secretaria da Saúde;

XXX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, serão automaticamente incorporados ao patrimônio da **CONTRATANTE**, hipótese esta em que a **CONTRATADA** hipótese esta em que a **CONTRATADA** deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, em duas vias juntamente com os relatórios de prestação de contas (01 via para fim de tombamento do patrimônio e outra para comprovação da despesa) juntamente com declaração emitida pela **CONTRATADA** de que os bens estão fisicamente na unidade de saúde, com menção da unidade onde são executadas as ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, e em perfeitas condições de uso;

XXXI - Enviar à **CAF** - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* todos os contratos de prestação de serviços e de fornecimento, assim como seus respectivos Anexos e eventuais Aditivos firmados pela **CONTRATADA** com prestadores, devidamente datados e assinados por todas as partes do contrato de prestação de serviços e de fornecimento, com a descrição de todos os serviços a serem prestados e/ou bens a serem fornecidos, metas a serem alcançadas, se for o caso, e respectiva descrição da forma de como serão medidas, bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país e, finalmente, se o caso de prestação de serviços, certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXII - Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço necessário e/ou que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem a cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o Plano de Trabalho e com o *Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras*, a ser aprovado pela CONTRATANTE e publicado pela **CONTRATADA**. Fornecer certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXIII - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, empregados, membros de sua Diretoria ou Conselho de Administração;

XXXIV - Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição, criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pela **CONTRATANTE**;

XXXV - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização da **CONTRATANTE** ou sob sua demanda, bem como o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direto público ou privado estabelecidos na Lei n.º 13.709/2018.

XXXVI - Atender às exigências da **CONTRATANTE** acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados e/ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela **CONTRATANTE**;

XXXVII - Os sistemas informatizados utilizados pela **CONTRATADA** deverão permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a **CONTRATANTE** já utilize ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO;

XXXVIII - Apresentar à **CONTRATANTE**, no prazo por ela definido, Plano Estratégico para as suas ações dos anos de vigência do CONTRATO DE GESTÃO, observando o Projeto Técnico e o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde (ANEXO I) bem como respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II) dos recursos a serem repassados à **CONTRATADA**;

XXXIX - Executar os serviços e demais ações de saúde previstas no objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO e no anexo Plano de Trabalho relativo a unidade de

saúde (ANEXO I), mantendo sempre obediência ao preconizado pela Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, e a devida observância dos princípios do SUS, e em especial:

a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

b) Integralidade de assistência, entendida como sendo esta o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;

c) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

d) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

e) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

f) Direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;

g) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XL - Quando da elaboração e apresentação dos Relatórios de Prestação de Contas, a **CONTRATADA** deverá observar:

a) A garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

b) A responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

c) A inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

XLI - Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da **CONTRATADA**, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLII - Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos - SP.

XLIII - Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria de Saúde.

XLIV - Afixar, em lugar visível das Unidades de Pronto Atendimento a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, aviso que contenha:

a) O símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria da Saúde e do Sistema Único de Saúde.

b) Informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município de Guarulhos - SP;

c) Indicação de que os serviços executados naquela unidade de saúde são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLV – Fornecer à CAF – Comissão de Acompanhamento e Fiscalização a relação de todas as empresas subcontratadas, previstas no Capítulo XII, admitidas em função do presente Contrato de Gestão, incluindo cópia dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também e mensalmente cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

XLVI – Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle, bem como fornecer toda e qualquer informação e documentação solicitados pelo CONTRATANTE no prazo estabelecido, sob pena de sanções administrativas, prevista na minuta.

XLVII – Cumprir todas as diretrizes do TCESP relativas á transparência de seus atos, notadamente quanto à divulgação pela via eletrônica, em seu sítio eletrônico, de todas as informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros: o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes; valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis

e os relatórios físico-financeiros de acompanhamento; regulamento de compras e contratação de pessoal.

CAPÍTULO X
DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

CLÁUSULA DÉCIMA – Os Relatórios de Prestação de Contas Financeiro deverão ser enviados, mensalmente, por via eletrônica e protocolados junto à **CONTRATANTE** até o dia 30 (trinta) do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, a critério da Administração.

Parágrafo Primeiro – O último Relatório de Prestação de Contas deverá ser protocolado em até 30 (trinta) dias após o término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhado do comprovante de devolução do saldo financeiro, se houver. O relatório deverá ser entregue junto à Divisão Técnica de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas do Departamento Financeiro da Saúde.

Parágrafo Segundo – E se constatar qualquer irregularidade na prestação de contas, deverá comunicar a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, imediatamente.

Parágrafo Terceiro – Os Relatórios de Prestação de Contas serão instruídos com os seguintes documentos, de forma individualizada por unidade de saúde:

I - Relatórios de execução financeira (DIRD – Demonstrativo Integral de Receitas e Despesas – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO V), discriminando a movimentação de valores, indicando o saldo inicial, os repasses, a apuração da rentabilidade financeira e o valor total de cada categoria de despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado,

II - Detalhamento de todas as despesas pertinentes a este CONTRATO DE GESTÃO no qual conste demonstrativo por centro de custo por tipo de despesa (Demonstrativo de Despesas por categoria – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO VI);

III - Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos ou quaisquer outros títulos de crédito que venham a ser utilizados para tanto, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante (Demonstrativo de Despesas Geral – conforme modelo à ser

fornecido – ANEXO VII);

IV - Cópias dos comprovantes de pagamentos de contas referentes ao fornecimento de água, energia elétrica, serviços de telefonia e *internet*, salvo quando as contas forem pagas pela **CONTRATANTE**, cujos valores serão descontados do repasse devido à **CONTRATADA**;.

V - Demonstrativo de conciliação do saldo bancário;

VI - Cópia do extrato das contas correntes bancárias e das aplicações financeiras referentes ao período compreendido entre cada um dos Relatórios de Prestação de Contas apresentados;

VII - Folha de pagamento discriminando: nome, números do CPF e CNES, função, carga horária, salário bruto e líquido, e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco;

VIII - Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social, FGTS, de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho e respectivas CTPS, devidamente anotadas;

IX - Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso III deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações;

X - Demonstrativo da projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT, com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas;

XI - extrato bancário (de conta específica para este fim), que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários contratados pelo regime da CLT;

XII - Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIII - Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas;

XIV - Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ ou consumo, discriminado o valor do custo unitário de cada item, assinado pela instituição com terceiros durante todo o período de vigência do CONTRATO DE GESTÃO;

XV - Comprovação de eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo, mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação do profissional autônomo contratado;

XVI - A documentação comprobatória prevista no inciso XIV, deverá ser acompanhada de mapa de rateio, especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com a **CONTRATANTE,** e se for o caso, com outros entes. JUSTIFICATIVA: O mapa de rateio é necessário para as despesas administrativas da matriz, onde é necessário demonstrar o rateio realizado entre os demais convênios/contratos que a O.S. tiver formalizado.

A) Todas as contratações de pessoal, serviços e compras, para fins de prestação de contas, deverão ser realizados no CNPJ da Filial.

Parágrafo Quarto – O repasse mensal à partir da 3ª (terceira) parcela ficará condicionada a entrega dos relatórios de prestação de contas referente ao repasse da 1ª parcela e assim sucessivamente na forma da Cláusula Décima e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Plano de Trabalho (ANEXO I) a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, não podendo recusar-se à encaminhar os referidos relatórios, salvo por motivos de força maior devidamente justificado.

Parágrafo Quinto – Somente serão recebidos pela **CONTRATANTE** os Relatórios de Prestação de Contas que estiverem devidamente instruídos com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Sexto – No caso de a **CONTRATANTE** verificar erro nos documentos apresentados que instruem os Relatórios de Prestação de Contas, serão os mesmos devolvidos à **CONTRATADA** até que sejam os referidos erros sanados, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos, sendo que a CONTRATADA terá 45 (quarenta e cinco) dias prorrogáveis, no máximo, por igual período, se necessário e a critério da CONTRATANTE (art. 148, VIII da IN 01/2020 TCE).

Parágrafo Sétimo – Cada folha dos Relatórios de Prestação de Contas deverá conter rubrica do representante legal da **CONTRATADA**, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo.

Parágrafo Oitavo – Os Relatórios de Prestação de Contas deverão ser elaborados levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Nono – A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado dos Relatórios de Prestação de Contas correspondentes aos respectivos exercícios financeiros.

Parágrafo Décimo - Caberá à **CONTRATADA** promover até o dia 30 de Abril de cada ano e, no caso de serem transmitidos através do Sistema Público de Escrituração (Sped), até o último dia do mês de maio do ano, a publicação integral na Imprensa, dos relatórios de execução financeira e de cumprimento de metas e de execução deste CONTRATO DE GESTÃO aprovados por seu Conselho de Administração, bem como do balanço patrimonial e demais prestação de contas, sem prejuízo de sua análise pelo Tribunal de Contas de São Paulo.

Parágrafo Décimo Primeiro - Os Relatórios de Execução servirão de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Segundo - Todos os valores relativos a despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela **CONTRATANTE** como pertinentes à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser ressarcidos à **CONTRATANTE** através de depósito em conta específica a ser determinada pela **CONTRATANTE** com demonstração por meio de extrato bancário, no prazo determinado.

Parágrafo Décimo Terceiro - Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores, somente sendo aceitos recibos e notas fiscais emitidos em data

posterior à assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos termos aditivos.

Parágrafo Décimo Quarto – Nos contratos firmados entre a CONTRATADA e terceiros, no momento da atestação do recebimento do seu objeto, o valor unitário de cada item que o compõe deverá constar na nota fiscal a ser atestada, bem como em todos os recibos emitidos, o que deverá ser atestado, em ambos os casos, pelo diretor da unidade de saúde beneficiada.

Parágrafo Décimo Quinto – As notas fiscais apresentadas deverão estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a identificação deste Contrato de Gestão.

Parágrafo Décimo Sexto – A **CONTRATADA** deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

CAPÍTULO XI
CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis da Unidade de Pronto Atendimento devidamente identificados no objeto deste instrumento, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação.

Parágrafo Primeiro – Os bens imóveis de que trata o *caput* desta cláusula deverão ser recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO e deverão ser devolvidos quando do término do prazo de vigência do presente ou qualquer forma de resolução do CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO.

Parágrafo Segundo – É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Terceiro - Obriga-se a **CONTRATADA** em relação aos bens imóveis cedidos:

I - Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste CONTRATO DE GESTÃO, em perfeitas condições de

uso e conservação, sob a pena de, a critério da **CONTRATANTE**, arcar com o pagamento relativo ao conserto dos danos ou de quaisquer outros prejuízos.

II - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral e predial, incluindo nas mesmas, a reposição de peças;

III - Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO aos bens móveis e imóveis cedidos.

IV - Arcar com todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, taxas, tarifas e preços públicos.

V - Retirar às suas expensas, caso solicitado pela **CONTRATANTE**, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem nos imóveis cedidos, ainda que a ele provisoriamente agregados.

VI - Providenciar o seguro contra incêndio relativo aos bens móveis e imóveis descritos no *caput* desta cláusula, apresentando à **CONTRATANTE** a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento, bem como manter o AVCB em dia.

Parágrafo Quarto – Em relação aos bens móveis cedidos descritos no *caput* desta cláusula, obriga-se a **CONTRATADA**:

I - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, para após serem recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO.

II - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios a cada quadrimestre e fornecer as informações após a realização do inventario, enviado juntamente com a prestação de contas.

III - Devolver todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando do término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme identificação prévia deles por prepostos de ambas as partes;

IV - Em caso de furto ou roubo de equipamentos a contratada devera apresentar boletim de ocorrência e a reposição em até 5 dias uteis, obedecendo o manual de compras e contratações da Contratada.

Parágrafo Quinto - A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados em bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, precedido em ambos os casos de autorização da CONTRATANTE, bem como as benfeitorias realizadas, igualmente precedida de autorização da CONTRATANTE, serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, salvo se necessárias, condicionada a retirada à prévia autorização do **CONTRATANTE**.

CAPÍTULO XII
DA SUBCONTRATAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – É vedada a subcontratação de quaisquer outras pessoas jurídicas ou físicas que tenha por objeto a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como a cessão total ou parcial do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pela **CONTRATADA,** sob pena de rescisão contratual, sem prejuízo de outras penalidades.

Parágrafo Primeiro – Nos casos de subcontratação de serviços auxiliares (lavanderia, enxovais, segurança, portaria, limpeza, hotelaria, informática, serviços de comunicação, manutenção, retirada de resíduos hospitalares, seguros, esterilizações, armazenamento de documentos, controle de pragas, tratamento de água, serviços de hemoterapia, locação de equipamentos, fornecimento de gases medicinais, fornecimento insumos e materiais, bem como de demais serviços pertinentes, acordados entre CONTRATADA e CONTRATANTE), o ente subcontratado será responsável, solidariamente à **CONTRATADA**, no que couber, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente por aquelas referentes aos encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

Parágrafo Segundo – No caso de subcontratação de serviços auxiliares, a CONTRATADA somente poderá subcontratar desde que conste no contrato celebrado para tal fim a imposição de fornecer a relação de todas as subcontratadas admitidas em função do CONTRATO DE GESTÃO, incluindo cópias dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também mensalmente cópia dos registros

de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados à título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

CAPÍTULO XIII
DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá à **CONTRATANTE**, em especial à **CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** nomeada por Portaria do Secretário de Saúde, a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro – **A CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** no exercício de suas atribuições de gestão e fiscalização deste CONTRATO DE GESTÃO, realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, sendo investida das prerrogativas necessárias à execução das seguintes atividades:

I - Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços.

II - Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, principalmente em relação às metas assistenciais.

III - Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Avaliar os indicadores de acompanhamento, avaliação e metas.

V - Elaborar Relatórios de Avaliação da Execução deste CONTRATO DE GESTÃO através dos dados analisados.

VI - Avaliar os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho em confronto com as metas pactuadas, podendo para tanto solicitar o auxílio de outras instâncias administrativas da Secretaria de Saúde.

VII - Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde ou pela **CONTRATADA.**

VIII - Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da **CAF - *COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO*** e participantes presentes.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela **CONTRATANTE**, se obrigando a fornecer, nos prazos propostos pela **CONTRATANTE**, os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades, não podendo recusar-se a fornecê-los, salvo motivos de força maior justificado, sob pena de não haver o repasse da parcela subsequente ou quaisquer das penalidades previstas.

Parágrafo Terceiro – Os responsáveis pela fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, deverá notificar a CONTRATADA com a ciência do secretario, por qualquer meio idôneo, a fim de seja sanada a irregularidade, que, persistindo, poderá o Secretário da Saúde tomar outras providências, como penalidades previstas e aos órgãos de controle interno e externo referidos na Cláusula Vigésima Segunda, bem como notificar o Ministério Público se for o caso.

Parágrafo Quarto – Compete à **CONTRATADA** fazer minucioso exame das especificações dos serviços por escrito, de modo a permitir em tempo apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas, sendo que o silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas pela Fiscalização.

Parágrafo Quinto – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da **CONTRATADA** no que concerne à execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sexto – No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do CONTRATO DE GESTÃO, a Fiscalização deverá encaminhar relatório ao Secretário de Saúde.

CAPÍTULO XIV
DOS CASOS DE FORÇA MAIOR

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Os motivos de caso fortuito ou força maior que possam impedir a **CONTRATADA** de cumprir as metas pactuadas deverão ser comunicados à **CONTRATANTE**, na primeira oportunidade e por escrito, sob a pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Único – Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração dos Planos de Trabalho, desde que por termo aditivo.

CAPÍTULO XV
DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Plano de Trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, a **CONTRATANTE** poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da CONTRATADA, cabível a aplicação do artigo 116 da Lei nº 8.666/1993, a critério da CONTRATANTE, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 da mesma Lei nº 8.666/1993, garantido o exercício do contraditório e a prévia defesa:

I - Advertência;

II – Multa de 20% (vinte por cento) por inexecução total do objeto sobre o valor contratado.

III- Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, respectivamente nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da **CONTRATADA**.

IV - Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO.

a) Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para aplicação de penalidade.

V - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela que tenha problemas técnicos ou descumprimento de metas, mais multa de 0,33 (trinta e três centésimos por cento) ao dia enquanto os problemas técnicos ou descumprimentos não forem sanados, contados da data que a Administração tiver comunicado a irregularidade á entidade.

a) Os problemas técnicos ou descumprimento de metas que perdurarem por mais 10 (dez) dias, serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para efeitos de aplicação das penalidades.

VI - Multa de 10% (dez por cento) por descumprimento de quaisquer das obrigações decorrentes do ajuste, que não estejam previstas nos subitens acima, a qual incidirá sobre o valor do instrumento contratual.

VII - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos.

VIII - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, respeitado o disposto no artigo 87, IV, da Lei 8.666/93.

IX- Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município de Guarulhos - SP.

Parágrafo Primeiro – A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula, dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo – As sanções previstas não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO, garantida ampla defesa prévia e contraditório da CONTRATADA.

Parágrafo Terceiro – As multas previstas não possuem caráter compensatório, de tal forma que seu pagamento não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto – As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria da Fazenda, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à **CONTRATADA** ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP.

Parágrafo Quinto – A aplicação das sanções estabelecidas são de competência do Secretário de Saúde.

Parágrafo Sexto – As sanções previstas poderão também ser aplicadas à **CONTRATADA**, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, caso tenha:

I - Sofrido condenação definitiva por praticar fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos por meios dolosos.

II - Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

Parágrafo Sétimo - As sanções serão aplicadas a critério da Administração. As multas referidas não impedem a aplicação de outras sanções previstas neste instrumento e na Lei 8.666/93, podendo ser aplicada isolada ou cumulativamente.

CAPÍTULO XVI
DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Em relação às sanções previstas na cláusula décima quinta deste CONTRATO DE GESTÃO que lhe sejam impostas, a **CONTRATADA** poderá interpor os seguintes Recursos Administrativos:

I - *Pedido de Reconsideração* perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da ciência da decisão;

II - *Pedido de Revisão de Sanção Administrativa* à autoridade imediatamente superior a ser encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Primeiro – Em hipótese alguma será conferido efeito suspensivo aos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta cláusula.

Parágrafo Segundo – O exercício do Pedido de Revisão de Sanção Administrativa dependerá da prévia interposição do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Terceiro – O provimento de quaisquer dos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta *cláusula* importará apenas na invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CAPÍTULO XVII
DA RESCISÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – A **CONTRATANTE**, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá ser rescindido unilateralmente o CONTRATO DE GESTÃO, na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Plano de Trabalho, e ainda:

I - Se houver por parte da **CONTRATADA**, má gestão culpa dolo, violação de lei, de disposição de seus Atos Constitutivos, do presente CONTRATO DE GESTÃO ou do respectivo Plano de Trabalho vigente.

II - Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

III - Se houver alterações dos Atos Constitutivos da **CONTRATADA** que impliquem modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Se houver a perda da qualificação como Organização Social por parte da **CONTRATADA**.

Parágrafo Primeiro – Na hipótese de resolução, a **CONTRATADA** deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do **CONTRATANTE** os bens móveis e imóveis cujo uso foi cedido, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo – Na decretação da rescisão, a **CONTRATADA** ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CAPÍTULO XVIII
DA RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Em caso de resilição unilateral por parte da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados.

Parágrafo único – A resilição unilateral será precedida de denúncia da CONTRATANTE, em prazo que atenda o interesse público.

CAPÍTULO XIX
DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – A publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP será providenciada pela **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 20 (vinte dias) da assinatura.

CAPÍTULO XX
DA TRANSIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA – Após a publicação do extrato deste CONTRATO DE GESTÃO no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP e do Estado, devidamente assinado pelas partes contratuais, a CONTRATADA receberá a *Unidade de Saúde,* objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, através de ATO DE TRANSIÇÃO a ser estabelecido com a atual entidade gestora da referida unidade de saúde, o qual implica a necessária assunção dos pacientes da unidade de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – A **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA** servidores públicos municipais de seu quadro de pessoal permanente, os quais, em ocorrendo a referida disponibilização por parte da **CONTRATANTE**, necessariamente deverão compor a equipe de profissionais que atuarão nas unidades de saúde a que se refere o presente CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Primeiro – Os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versem sobre a vida funcional dos servidores públicos cedidos serão mantidos entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**, sendo garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela **CONTRATADA** aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATANTE** deverá deduzir do montante total mensal a ser repassado à **CONTRATADA**, o valor financeiro mensal de seu gasto com folha de pagamento referente aos servidores públicos que forem cedidos à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, devendo ser observado para tanto que a dedução somente ocorrerá após validação da cessão do funcionário pela Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde, bem como o aceite da Organização Social.

Parágrafo Terceiro – A **CONTRATANTE** deverá providenciar a formalização do ato de cessão ou afastamento do servidor, sempre garantindo aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

Parágrafo Quarto – A execução das atividades profissionais por parte dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA,** junto às unidades de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza.

Parágrafo Quinto – A **CONTRATADA**, a qualquer tempo, poderá devolver aos quadros da **CONTRATANTE** servidor público que lhe foi cedido, com motivação justificada, que poderá ensejar abertura de Sindicância ou Processo Administrativo Disciplinar, se o caso.

Parágrafo Sexto – A **CONTRATANTE** poderá, a seu exclusivo critério, solicitar remoção de servidor público lotado em alguma das unidades de saúde referidas no presente CONTRATO DE GESTÃO, através de comunicação prévia, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo.

Parágrafo Sétimo – Observados os critérios administrativos municipais e mediante a observância da disponibilidade da Administração, o servidor público poderá solicitar sua transferência para outra unidade de saúde estranha ao objeto do CONTRATO DE GESTÃO, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo, sem prejuízo de sua alocação em outra unidade de saúde deste CONTRATO DE GESTÃO, nos moldes do *caput* dessa Cláusula.

Parágrafo Oitavo – À **CONTRATADA** é vedado o pagamento de vantagem pecuniária à que se refere o parágrafo primeiro a servidor cedido com recursos provenientes do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Nono – Para fins de execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, os primeiros 90 dias, após a assunção das unidades de saúde deste instrumento pela **CONTRATADA**, serão considerados como período de transição pela **CONTRATANTE**, que poderá mediante análise discricionária das justificativas apresentadas e comprovadas pela **CONTRATADA**, acolher ou não em detrimento dos termos do presente instrumento e anexos, somente pelo período considerado de transição, não gerando qualquer direito posterior da **CONTRATADA**, que deverá observar todas as disposições pactuadas.

CAPÍTULO XXI
DO CONTROLE INTERNO E EXTERNO

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – A **CONTRATANTE** providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município de Guarulhos no prazo de até 10 (dez) dias, contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no prazo de até 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato.

CAPÍTULO XXII
DO COMPROMISSO ARBITRAL

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – A critério da Administração, as partes obrigam-se a solucionar por meio de arbitragem, de forma definitiva, as controvérsias ou disputas relacionadas ao presente contrato e seus eventuais aditivos e documentos anexos a eles relacionados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – Não poderão ser objeto de arbitragem as questões relativas a direitos indisponíveis envolvendo a titularidade municipal do serviço concedido, o poder administrativo de fiscalização e de imposição de penalidades administrativas, a discussão sobre reequilíbrio econômico-financeiro ou qualquer matéria definida como indisponível pelos Tribunais Superiores de Justiça.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – A arbitragem será dirimida em uma das diversas Câmaras Arbitrais do Estado de São Paulo, preferencialmente com sede na cidade de São Paulo ou de Guarulhos, seguindo o regimento próprio da instituição escolhida.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – As decisões e a sentença arbitral, nos termos da Lei Federal nº 9.307/96, serão definitivas, líquidas, certas e vincularão as partes e seus sucessores, servindo como título executivo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – A parte vencida no procedimento arbitral arcará com todas as custas do procedimento, incluindo os honorários dos árbitros e peritos.

CAPÍTULO XXIII
DO FORO DE ELEIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – Fica eleito o Foro da Comarca de Guarulhos – SP, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CAPÍTULO XXIV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – Na contagem dos prazos é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, sendo para tanto, considerados sempre os dias consecutivos, salvo disposição em contrário, observando-se ainda que os prazos se iniciam e vencem somente em dias de expediente da Secretaria de Saúde.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO, em 02 (duas) vias, de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Guarulhos – SP, 01 de junho de 2022.

CONTRATANTE
Secretaria de Saúde de Guarulhos – SP
Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Secretário de Saúde

ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

CONTRATADA
Beneficência Hospitalar de Cesário Lange
Representante Legal

Testemunhas

1_____ 2_____

PREFEITURA DE GUARULHOS

SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DA SAÚDE
DIVISÃO ADM. DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES
SEÇÃO TÉC. DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

Fls. 26027
Proc.Adm. 30223/2021
Rubrica

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
CONTRATO DE GESTÃO COM O TERCEIRO SETOR

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS – SECRETARIA DA SAÚDE.
CONTRATADA: BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTATO DE GESTÃO N°(DE ORIGEM): 3422/2022-FMS
OBJETO: a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades: UPA SÃO JOÃO LAVRAS; UPA CUMBICA E PA MARIA DIRCE.
VALOR DO AJUSTE/VALOR (1): R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos).
EXERCÍCIO (1): 2022
ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL :(2)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. **Estamos CIENTES de que:**
   a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
   b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;
   c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
   d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
   e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.
2. **Damo-nos por NOTIFICADOS para:**
   a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
   b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Guarulhos, 01 de junho de 2022.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: GUSTAVO HENRIC COSTA
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 296.269.158-70

AUTORIDADE MÁXIMA DA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PARECER CONCLUSIVO:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO :

Nome: RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Cargo: Secretário da Saúde
CPF : 066.120.808-76
Assinatura:

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PRESTAÇÃO DE CONTAS:

PELA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70
Assinatura: ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

PA 30223/21
26029

INÍCIO TERMOS DE USO F.A.Q.

RELATÓRIO

▼ RELATÓRIO 1 - Arquivo de assinatura aprovado, em conformidade com a MP 2.200-2/2001

Data de verificação	01/06/2022 12:17:20 BRT
Versão do software	2.8.1
Nome do arquivo	Contrato de Gestão 3422-22 - UPAS - CESÁRIO LANGE ASSINADO.pdf
Resumo SHA256 do arquivo	3ecf0f2f08761f786881c88352ea45c336c6d7cdb5a96f1669ff7eb880954447

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o padrão
Cifra assimétrica	Aprovada
Resumo criptográfico	Correto
Atributos obrigatórios/opcionais	Aprovados
Certificados necessários	Nenhum certificado é necessário
Mensagem de alerta	Atualizações incrementais não verificadas

▶ Caminho de certificação

▶ Atributos

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o pad
Cifra assimétrica	Aprovada

AVALIE ESTE SERVIÇO

EXPANDIR ELEMENTOS

Modo escuro ☐

Atestado de Capacidade

Guarulhos, 17 de abril de 2025.

Atestamos, para todos os fins de direito, que a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida na Avenida São Paulo, 340, vila Brasil, Cesário Lange/SP que tem por objeto a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a serem realizadas nas **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA e SÃO JOÃO e PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE -** entre a PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, situada na Avenida Bom Clima, 91 – Bom Clima, inscrita no CNPJ nº 46.319.000/0001-50, neste ato representada pela sua Secretaria de Saúde e a Organização Social, conforme o Contrato de Gestão nº 03422/2022 – FMS que teve sua vigência desde 02 de junho de 2022, prazo de 24 (vinte e quatro) meses e prorrogado através do T.A 03-3422/2022 FMS até 01/06/2026.

Ø **UNIDADE SÃO JOÃO LAVRAS** está localizada na Estrada Guarulhos-Nazaré nº4.130 –Cidade Soberana, CEP 07162-000 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
14.000 atendimentos	**23.772**

Ø **UNIDADE CUMBICA** está localizada na Rua dos Jesuítas Nº 533 – Cidade Industrial Satélite de São Paulo, CEP 07231-070 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
10.000 atendimentos	**18.796**

Ø **UNIDADE ATENDIMENTO MARIA DIRCE** está localizada na Rua Ubatã nº 154 – Jardim Maria Dirce, CEP 07173-380, Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
11.000 atendimentos	**19.435**

Durante o período contratual, as unidades mantiveram as portas abertas de maneira ininterrupta 24 horas por dia nas especialidades de clínica médica, ortopedia, pediatria e odontologia (**UPA CUMBICA e SÃO JOÃO**) por 12 horas diurnas.

Rosangela Amorim de Moraes
CF: 77.100
Gestora de Contrato

Marcia Adriana Spanivello
CF: 63.035
Fiscal de Contrato

Sandra Regina Diniz R. Gehlen
CF: 60.686
Gerente de Projetos e Programas

Fernando Terumichi Pontes
CF: 63.492
Chefe de Divisão Técnica

Bruno Menon do Nascimento

Diretor Financeiro (em exercício)

Documento assinado eletronicamente por **Rosangela Amorim de Moraes**, **Especialista em Saúde**, em 22/04/2025, às 08:36, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Sandra Regina Diniz Rodrigues Gehlen**, **Gerência de Projetos e Programas**, em 22/04/2025, às 11:03, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Marcia Adriana Spanivello**, **Enfermeiro (a)**, em 22/04/2025, às 11:05, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Fernando Terumichi Pontes**, **Chefe de Divisão Técnica**, em 22/04/2025, às 11:07, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Menon do Nascimento**, **Diretor (a) de Departamento**, em 22/04/2025, às 15:56, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.guarulhos.sp.gov.br/sei/web/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1875079** e o código CRC **FCFE972B**.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 21/07/2025

CNES: 9400109 Nome Fantasia: UPA CUMBICA CNPJ: --

Nome Empresarial: MUNICIPIO DE GUARULHOS Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA DOS JESUITAS Número: 533 Complemento: --

Bairro: CIDADE IND SATELITE Município: 351880 - GUARULHOS UF: SP

CEP: 07231-060 Telefone: (11)2088-4050 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 0201

Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: UPA Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: CASSIO LUIZ MIURA

Cadastrado em: 27/12/2017 Atualização na base local: 30/06/2025 Última atualização Nacional: 18/07/2025

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 017 - IMUNIZACAO

Classificação Estabelecimento Saúde

008 - PRONTO ATENDIMENTO

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	5	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	2	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	4
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	4
AMBULATORIAL		
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	3	0

SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	2	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO E TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CIPA

ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA
NOTIFICACAO DE DOENCAS
REVISAO DE PRONTUARIOS
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 011	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO ODONTOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		

NÃO

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X Dentario	1	1	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Caneta de Alta Rotacao	28	23	SIM
Compressor Odontologico	3	3	SIM
Equipo Odontologico	1	1	SIM
Fotopolimerizador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	1	1	SIM
Bomba de Infusao	13	13	SIM
Desfibrilador	4	4	SIM
Incubadora	2	2	SIM

Monitor de ECG	3	3	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	37	37	SIM
Respirador/Ventilador	6	6	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	4	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
OFTALMOSCOPIO	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Mantenedora

Nome	CNPJ	Logradouro
MUNICIPIO DE GUARULHOS	46319000000150	AVN BOM CLIMA

Bairro	Número	Complemento	CEP	Município	UF
BOM CLIMA	90		07196220	GUARULHOS	SP

Telefone	Região de Saúde	Agência	Conta Corrente
11-24758600	0201	0636X	6081X

Habilitações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Habilitações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Regras Contratuais

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
7104	ESTABELECIMENTO DE SAUDE SEM GERACAO DE CREDITO NA ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	LOCAL	09/2019	99/9999	PT GM 2295	02/09/2019		20/09/2019
7114	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SEM GERAÇÃO DE CRÉDITO TOTAL, INCLUSIVE FAEC - PRONTO ATENDIMENTO	NACIONAL	10/2023	10/2026	1361/GM/MS	28/09/2023		03/10/2023

Regras Contratuais - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
7104	ESTABELECIMENTO DE SAUDE SEM GERACAO DE CREDITO NA ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	LOCAL	09/2019	99/9999	PT GM 2295	02/09/2019	9/20/19 12:00 AM	Habilitado	
7114	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SEM GERAÇÃO DE CRÉDITO TOTAL, INCLUSIVE FAEC - PRONTO ATENDIMENTO	NACIONAL	10/2023	10/2026	1361/GM/MS	28/09/2023	10/3/23 12:00 AM	Alterado	
7114	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SEM GERAÇÃO DE CRÉDITO TOTAL, INCLUSIVE FAEC - PRONTO ATENDIMENTO	NACIONAL	10/2023	99/9999	1361/GM/MS	28/09/2023	10/3/23 12:00 AM	Habilitado	

Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8202	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO V	10/2023	10/2026	1361/GM/MS	28/09/2023		02/10/2023
8242	UPA 24H NOVA OPCAO V	09/2019	99/9999	PT GM 2295	02/09/2019		20/09/2019

Incentivos - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
8202	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO V	NACIONAL	10/2023	10/2026	1361/GM/MS	28/09/2023	10/3/23 12:00 AM	Alterado	
8202	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO V	NACIONAL	10/2023	10/2026	1361/GM/MS	28/09/2023	10/2/23 12:00 AM	Habilitado	
8242	UPA 24H NOVA OPCAO V	NACIONAL	09/2019	99/9999	PT GM 2295	02/09/2019	9/20/19 12:00 AM	Habilitado	

Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/10/2018	31/03/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	31/01/2018	01/04/2018	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2018	30/06/2018	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/07/2018	30/09/2018	02/06/2020	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2022	01/06/2024	05/11/2024	-

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2019	31/08/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/09/2019	30/09/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2020	31/03/2021	02/06/2020	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2024	01/06/2026	05/11/2024	-

Base Descentralizada

Nenhum resultado para a consulta realizada.

SAMU 192

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO **N° 3422/2022-FMS** ESTABELECIDO ENTRE O MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP, ATRAVÉS DE SUA SECRETARIA DE SAÚDE E A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR CESÁRIO LANGE, QUE TEM POR OBJETO A GESTÃO COMPARTILHADA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DEMAIS AÇÕES DE SAÚDE A SEREM REALIZADAS NAS **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA E SÃO JOÃO LAVRAS** E **PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE** QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA.

Ao(s) **primeiro** dia(s) do mês de **junho** do ano de 2022, o **MUNICÍPIO DE GUARULHOS**, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, com sede nesta cidade na Rua Íris, nº 300, neste ato representado por seu Secretário de Saúde Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 17.355.446, inscrito no CPF sob o nº 066.120.808-76, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a (o) **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, sob n° CNPJ. 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida à Avenida São Paulo, 340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, CEP 18285-000, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, inscrito (a) no Registro Geral de Pessoas – RG sob o n° 12.249.262-6 expedido pela SSP inscrito (a) no CPF sob o n° 048.461.708-7, estabelecem o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, autuado no processo administrativo nº 30223/2021, que tem por objeto o Chamamento Público **nº 02/2022**.

CAPÍTULO I
DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

CLÁUSULA PRIMEIRA – Este CONTRATO DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Federal nº 9.637/1998, Lei Complementar Federal n° 101/2000, Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, pela Lei Federal 8.666/93, no que se aplicar; Lei Municipal nº 7.545/2017, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 34.210/2017, e pelos Decretos Municipais nº 33.703/2016 e nº 33.912/2017, 13019/2014 bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do **Edital de Chamamento Público** e de seus anexos, assim como pelas disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos anexos**.

CAPÍTULO II
DO OBJETO

CLÁUSULA SEGUNDA – Constitui objeto deste CONTRATO DE GESTÃO a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Primeiro – Constitui parte integrante do presente CONTRATO DE GESTÃO, seus anexos, relativo a unidade de saúde o qual refere o objeto deste, cujo conteúdo deverá ser observado tanto quanto o dispositivo descrito no corpo deste instrumento, no exercício de seu cumprimento, quais sejam:

ANEXOS:

a) **ANEXO I** – Plano de Trabalho UPA São João Lavras/ UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

b) **ANEXO II** – Cronograma de Desembolso da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce ;

c) **ANEXO III** – Planilha de Destinação dos Recursos Financeiros da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

d) **ANEXO IV** – Relação de Patrimônio das UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce.

e) **ANEXO V** – Modelo de Planilhas de Prestação de Contas

Parágrafo Segundo: O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderá ser acrescido e/ou suprimido no que se refere aos quantitativos e espécies de ações por ele regradas a serem executadas, na referida unidade de atendimento, observando-se sempre a manutenção da natureza, finalidade e identidade do objeto definido nos termos previstos pelo **Edital de Chamamento Público nº 02/2022.**

CAPÍTULO III
DO PLANO DE TRABALHO

CLÁUSULA TERCEIRA – O Plano de Trabalho relativo à unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I), é parte integrante deste instrumento contendo as especificações e quantitativos das metas a serem atingidas, bem como as metas qualitativas, seus respectivos prazos e regime de execução, assim como a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CLÁUSULA QUARTA – O prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO será de **24 (vinte e quatro) meses** a contar das **00h00 do dia 02/06/2022**.

CAPÍTULO V
DO VALOR GLOBAL E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

CLÁUSULA QUINTA – O valor global inicial deste CONTRATO DE GESTÃO é de a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Único – Para o exercício de 2022 é estimado o valor de **R$ 53.787.541,94 (Cinquenta e três milhões, setecentos e oitenta e sete mil, quinhentos e quarenta e um reais e noventa e quatro centavos)**, cuja despesa atenderá aos Programas de Trabalho (Anexo I), Natureza de Despesa **335085 – Contrato de Gestão**, Fonte **Tesouro** e/ou **Federal** e, nos exercícios subsequentes, atenderá o Plano de Trabalho e os que o suceder, respeitado os valores descritos no Cronograma de Desembolso relativos a unidade de saúde a qual se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

0791.1030200032.016.01.3100000.339039.001
0791.1030200032.016.05.3000157.339039.621

CAPÍTULO VI
DOS REPASSES E MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA SEXTA – Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos, o valor global inicial é de **R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos)**, e será repassado à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** na forma e nas condições dos Cronogramas de Desembolso (ANEXO II), em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais no valor de **R$ 7.720.699,80 (Sete milhões, setecentos e vinte mil, seiscentos e noventa e nove reais e oitenta centavos),** sendo que deste valor, destina-se à **Unidade de Pronto Atendimento SÃO JOÃO LAVRAS** o valor de **R$ 2.818.977,58 (Dois milhões, oitocentos e dezoito mil, novecentos e setenta e sete reais e cinquenta e oito centavos,** à **Unidade de Pronto Atendimento CUMBICA** o valor de **R$ 2.779.787,33 (Dois milhões, setecentos e setenta e nove mil, setecentos e oitenta e sete reais e trinta e três centavos)** e ao **Pronto Atendimento MARIA DIRCE** o valor de **R$ 2.121.934,89 (Dois milhões, cento e vinte e um mil, novecentos e trinta e quatro reais e oitenta e nove centavos)**.

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à **CONTRATADA** serão depositados em conta bancária em instituição financeira oficial (Banco do Brasil S.A. ou Caixa Econômica Federal S.A.).

Parágrafo Segundo – Os recursos repassados à **CONTRATADA** deverão ser depositados em contas correntes específicas e exclusivas destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO; a **CONTRATADA** deverá manter conta corrente distinta e individualizada, de tal forma que não sejam confundidos seus recursos respectivos com os de outra origem, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

Parágrafo Terceiro – Os saldos financeiros relativos à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em:

I - em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for de até 01 (um) mês;

II - em fundos de curto prazo ou;

III - em títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto – As aplicações financeiras descritas nos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração de capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno, bem como o resultado deverá ser obrigatoriamente utilizado no objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quinto – O repasse dos recursos se dará mensalmente, sendo a primeira parcela em até 15 (quinze) dias contados do início da vigência contratual e a partir da segunda parcela no 2º dia útil do mês corrente, obedecido o Cronograma de Desembolso da unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

Parágrafo Sexto - As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I) e com o respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II), salvo autorização prévia da **CONTRATANTE**, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I. Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II. Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.

III. Quando do não atendimento aos demais requisitos legais, inclusive o disposto no artigo 8º, inciso VII, da lei 7.545/2017.

IV. Quando das hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" do inciso XXIII, da CLÁUSULA NONA (DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA)

V. Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sétimo – Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no Plano de Trabalho, cabendo à CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* do presente CONTRATO DE GESTÃO verificar o percentual de atendimento das referidas metas.

Parágrafo Oitavo – A **CONTRATADA** poderá captar, assumindo em relação a tal captação inteira responsabilidade, recursos privados para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, hipótese esta em se implementando haverá alteração do Plano de Trabalho necessário à formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos, restando claro desde já que ambas as situações imprescindem de celebração de termo aditivo.

Parágrafo Nono – Fica vedada a utilização dos valores inerentes aos repasses orçamentários vinculados a este CONTRATO DE GESTÃO com despesas a título de taxa de administração global, conforme súmula 41 do TCE/SP.

Parágrafo Décimo – Os repasses orçamentários destinados ao pagamento das despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, sendo que as referidas despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento deverão ser as mesmas previstas detalhadamente no Plano de Trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à **CONTRATADA** a título de provisionamento inerente à previsão de valores necessários ao adimplemento de verbas rescisórias, pagamento de férias e décimos terceiros salários, deverá ser depositado em conta bancária específica, distinta daquela destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO, preferencialmente em conta poupança, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal e/ou saldo mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE,** ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo – Quando do término do presente CONTRATO DE GESTÃO, caso haja saldo para fins rescisórios ou de provisionamento obrigatório no fundo tratado no parágrafo anterior, os valores deverão ser restituídos à CONTRATANTE, para que seja disponibilizado para o mesmo fim em novo CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Terceiro – Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.

CAPÍTULO VII
DA REPACTUAÇÃO

CLÁUSULA SÉTIMA – Em havendo interesse público que justifique o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, e por conseguinte da respectiva dotação orçamentária específica para esse fim, os valores dos repasses financeiros para execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderão ser repactuados.

Parágrafo Primeiro **-** Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pelo pagamento de despesas e custos vinculados à mão de obra principal necessária à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverá ser demonstrada pela **CONTRATADA** de forma analítica a variação dos referidos custos, em consonância com o preconizado por convenção ou acordo coletivos, ou ainda sentença normativa, que regem as categorias profissionais envolvidas;

Parágrafo Segundo - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pela variação dos demais custos e despesas necessárias à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, será adotado o *Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA*.

Parágrafo Terceiro **-** O pedido de repactuação por parte da **CONTRATADA** que tenha por objeto aumento de valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, ou quaisquer outros objetos de naturezas diversas, deverá ser apresentado pela **CONTRATADA** de forma justificada e instruído com planilha analítica demonstrativa, a fim de que seja submetido à análise da Secretaria de Saúde.

Parágrafo Quarto - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no Plano de Trabalho, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, convenção ou acordos coletivos.

CAPÍTULO VIII
OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA OITAVA *– São obrigações da* ***CONTRATANTE****:*

I - Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II - Realizar o repasse de recursos na forma disposta nos Cronogramas de Desembolso relativo a Unidade de Pronto Atendimento a que se refere este

CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II), e na Cláusula Sexta deste mesmo instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

III - Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução das ações previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos públicos repassados à **CONTRATADA**, na forma disposta no Plano de Trabalho e neste instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle.

CAPÍTULO IX
DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA NONA – *São obrigações da* ***CONTRATADA****:*

I - Desenvolver em conjunto com a Secretaria de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho e na legislação aplicável;

II - Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários;

III - Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações, eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização empreendida pelo **CONTRATANTE**;

IV - Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pela **CONTRATANTE** e legislações pertinentes ao objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

V - Cumprir as metas relacionadas no Plano de Trabalho relativo a Unidades de Pronto Atendimento a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I);

VI - Providenciar a publicação na imprensa ou no sítio digital da própria organização Social, no prazo máximo de 30 dias (trinta dias) corridos a contar da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, sempre em consonância com os valores descritos no Projeto Técnico apresentado pela **CONTRATADA** quando da realização do certame.

VII - Elaborar os relatórios de execução do CONTRATO DE GESTÃO e submeter à aprovação da CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização*, bem como encaminhar, mensalmente, à **CONTRATANTE**, impreterivelmente, até dia 15 do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme o interesse público, ou a critério da Administração, os referidos relatórios contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, não podendo se recusar à submeter à aprovação, tampouco deixar de encaminhar os referidos relatórios, salvo motivos de força maior justificado, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos ;

VIII - Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção ou atualização dentre outros;

IX - Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos, bem como os bens móveis e imóveis privados, contratados pelo Município, que encontram-se na posse da contratada para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, sem qualquer direito à disposição ou retenção dos bens, inclusive no caso de encerramento do CONTRATO DE GESTÃO;

X - Responsabilizar-se com recursos repassados pela **CONTRATADA** pelas despesas inerentes ao fornecimento de água/esgoto, energia elétrica, gás, serviços de telefonia e *internet* relativos aos bens imóveis cujo uso tenha sido cedido à **CONTRATADA,** despesas estas que, a critério da Administração, poderão ser pagas pela **CONTRATANTE** e descontadas dos repasses a serem realizados à **CONTRATADA**, caso em que, as respectivas contas de consumo deverão ser enviadas à **CONTRATANTE** em tempo hábil para pagamento. São de responsabilidade de CONTRATADA, toda e qualquer despesa de consumo referente ao bem imóvel, tais como: energia, gás, agua/esgoto, telefonia, internet e outros caracterizados como consumo, impostos ou taxas pertencentes ao imóvel.

XI - Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, assim como pelos decorrentes encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais e comerciais, não excluindo ou reduzindo tal responsabilidade da **CONTRATADA**, as responsabilidades e prerrogativas da **CONTRATANTE** relativas à fiscalização da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XII - Zelar para que os recursos financeiros repassados pela **CONTRATANTE** sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no Plano de Trabalho, atentando sempre para a devida observância do princípio da economicidade;

XIII - Manter e movimentar os recursos em conta bancária específica do CONTRATO DE GESTÃO, com observância das normas constantes no CAPÍTULO X deste ajuste, admitindo-se pagamentos em espécie, desde que observados o limite de R$ 1.000,00 (mil reais);

XIV - A CONTRATADA deverá observar como limite de remuneração de seus funcionários, o salário do Prefeito Municipal, e a compatibilidade com os salários das categorias profissionais desta municipalidade, os casos não enquadrados deverão ser justificados e ficarão sob análise da CONTRATANTE.

XV - Prestar contas dos recursos repassados pela **CONTRATANTE**, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO;

XVI - Prestar sempre que solicitado quaisquer informações, inclusive as de natureza financeira, acerca da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XVII - Produzir, guardar e disponibilizar à **CONTRATANTE**, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos, durante todo o prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos;

XVIII - Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da **CONTRATANTE**, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIX - Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação, relativos às atividades de natureza pública gratuita, que devam ser executadas em virtude da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO ou da legislação aplicável;

XX - Manter atualizadas as informações cadastrais junto à **CONTRATANTE**, devendo comunicar à mesma, quaisquer alterações nos seus atos constitutivos em até 5 dias uteis;

XXI - Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais (Digitalizados e pesquisáveis) que comprovem as despesas realizadas para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

a) A CONTRATADA deverá adotar CNPJ filial especifico para cada Equipamento de Saúde para a execução do objeto deste Contrato de Gestão.

XXII - Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais de natureza técnica que deverão ser adotados para tanto;

XXIII - Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades do CONTRATO DE GESTÃO, respeitando o disposto no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, como também as que regem os conselhos de classe, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso;

XXIV - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado e de acordo com as respectivas Convenções Coletivas de Trabalho, pertinente à sua área de atuação, conforme descrito em seus atos constitutivos, no que se refere ao pagamento de salários e de benefícios de qualquer natureza a seus empregados e dirigentes;

XXV - Responsabilizar-se, na forma deste CONTRATO DE GESTÃO, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão de obra necessária à completa execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, até o término de seu prazo de vigência, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, pelas obrigações decorrentes da referida execução isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, devendo ser observado ainda o que segue:

a) em caso de ciência de ações trabalhistas movidas contra a **CONTRATADA** decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, nas quais entidades da Administração Pública do Município de Guarulhos tenham sido incluídas no polo passivo das referidas ações tanto como responsável subsidiário ou solidário, a **CONTRATANTE** poderá reter dos repasses devidos, o montante dos valores dela cobrados nas mesmas referidas ações, valores estes que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção, em caso de insuficiência, para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do objeto presente CONTRATO DE GESTÃO que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária da **CONTRATANTE**, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores que venham a ser cobrados da **CONTRATANTE** a este título, valores estes que poderão ser complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

c) as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência a **CONTRATANTE** da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e/ou previdenciários sendo que os valores inerentes às referidas retenções serão destinados ao pagamento das respectivas obrigações caso a **CONTRATANTE** seja compelida a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**;

d) Eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pela **CONTRATANTE** se houver justa causa devidamente fundamentada, ou seja, de forma criteriosa, apontando de forma objetiva o enquadramento da justa causa nos itens do artigo 482, da CLT.

XXVI - Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas no Chamamento Público durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO;

XXVII - Fornecer as informações e documentos exigidos nas alíneas do inciso XI, do Art. 4º do Decreto Municipal nº 33.703/2016.

XXVIII - Os equipamentos e instrumentais necessários para a realização das ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, bem como os adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE,** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser mantidos pela **CONTRATADA**, em perfeitas condições;

XXIX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos, deverão ter avaliação prévia e autorização da Secretaria da Saúde;

XXX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, serão automaticamente incorporados ao patrimônio da **CONTRATANTE**, hipótese esta em que a **CONTRATADA** hipótese esta em que a **CONTRATADA** deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, em duas vias juntamente com os relatórios de prestação de contas (01 via para fim de tombamento do patrimônio e outra para comprovação da despesa) juntamente com declaração emitida pela **CONTRATADA** de que os bens estão fisicamente na unidade de saúde, com menção da unidade onde são executadas as ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, e em perfeitas condições de uso;

XXXI - Enviar à **CAF** - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* todos os contratos de prestação de serviços e de fornecimento, assim como seus respectivos Anexos e eventuais Aditivos firmados pela **CONTRATADA** com prestadores, devidamente datados e assinados por todas as partes do contrato de prestação de serviços e de fornecimento, com a descrição de todos os serviços a serem prestados e/ou bens a serem fornecidos, metas a serem alcançadas, se for o caso, e respectiva descrição da forma de como serão medidas, bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país e, finalmente, se o caso de prestação de serviços, certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXII - Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço necessário e/ou que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem a cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o Plano de Trabalho e com o *Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras*, a ser aprovado pela CONTRATANTE e publicado pela **CONTRATADA**. Fornecer certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXIII - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, empregados, membros de sua Diretoria ou Conselho de Administração;

XXXIV - Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição, criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pela **CONTRATANTE**;

XXXV - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização da **CONTRATANTE** ou sob sua demanda, bem como o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direto público ou privado estabelecidos na Lei n.º 13.709/2018.

XXXVI - Atender às exigências da **CONTRATANTE** acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados e/ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela **CONTRATANTE**;

XXXVII - Os sistemas informatizados utilizados pela **CONTRATADA** deverão permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a **CONTRATANTE** já utilize ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO;

XXXVIII - Apresentar à **CONTRATANTE**, no prazo por ela definido, Plano Estratégico para as suas ações dos anos de vigência do CONTRATO DE GESTÃO, observando o Projeto Técnico e o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde (ANEXO I) bem como respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II) dos recursos a serem repassados à **CONTRATADA**;

XXXIX - Executar os serviços e demais ações de saúde previstas no objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO e no anexo Plano de Trabalho relativo a unidade de

saúde (ANEXO I), mantendo sempre obediência ao preconizado pela Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, e a devida observância dos princípios do SUS, e em especial:

a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

b) Integralidade de assistência, entendida como sendo esta o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;

c) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

d) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

e) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

f) Direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;

g) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XL - Quando da elaboração e apresentação dos Relatórios de Prestação de Contas, a **CONTRATADA** deverá observar:

a) A garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

b) A responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

c) A inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

XLI - Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da **CONTRATADA**, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLII - Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos - SP.

XLIII - Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria de Saúde.

XLIV - Afixar, em lugar visível das Unidades de Pronto Atendimento a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, aviso que contenha:

a) O símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria da Saúde e do Sistema Único de Saúde.

b) Informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município de Guarulhos - SP;

c) Indicação de que os serviços executados naquela unidade de saúde são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLV – Fornecer à CAF – Comissão de Acompanhamento e Fiscalização a relação de todas as empresas subcontratadas, previstas no Capítulo XII, admitidas em função do presente Contrato de Gestão, incluindo cópia dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também e mensalmente cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

XLVI – Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle, bem como fornecer toda e qualquer informação e documentação solicitados pelo CONTRATANTE no prazo estabelecido, sob pena de sanções administrativas, prevista na minuta.

XLVII – Cumprir todas as diretrizes do TCESP relativas á transparência de seus atos, notadamente quanto à divulgação pela via eletrônica, em seu sítio eletrônico, de todas as informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros: o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes; valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis

e os relatórios físico-financeiros de acompanhamento; regulamento de compras e contratação de pessoal.

CAPÍTULO X
DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

CLÁUSULA DÉCIMA – Os Relatórios de Prestação de Contas Financeiro deverão ser enviados, mensalmente, por via eletrônica e protocolados junto à **CONTRATANTE** até o dia 30 (trinta) do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, a critério da Administração.

Parágrafo Primeiro – O último Relatório de Prestação de Contas deverá ser protocolado em até 30 (trinta) dias após o término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhado do comprovante de devolução do saldo financeiro, se houver. O relatório deverá ser entregue junto à Divisão Técnica de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas do Departamento Financeiro da Saúde.

Parágrafo Segundo – **E** se constatar qualquer irregularidade na prestação de contas, deverá comunicar a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, imediatamente.

Parágrafo Terceiro – Os Relatórios de Prestação de Contas serão instruídos com os seguintes documentos, de forma individualizada por unidade de saúde:

I - Relatórios de execução financeira (DIRD – Demonstrativo Integral de Receitas e Despesas – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO V), discriminando a movimentação de valores, indicando o saldo inicial, os repasses, a apuração da rentabilidade financeira e o valor total de cada categoria de despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado,

II - Detalhamento de todas as despesas pertinentes a este CONTRATO DE GESTÃO no qual conste demonstrativo por centro de custo por tipo de despesa (Demonstrativo de Despesas por categoria – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO VI);

III - Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos ou quaisquer outros títulos de crédito que venham a ser utilizados para tanto, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante (Demonstrativo de Despesas Geral – conforme modelo à ser

fornecido – ANEXO VII);

IV - Cópias dos comprovantes de pagamentos de contas referentes ao fornecimento de água, energia elétrica, serviços de telefonia e *internet*, salvo quando as contas forem pagas pela **CONTRATANTE**, cujos valores serão descontados do repasse devido à **CONTRATADA**;.

V - Demonstrativo de conciliação do saldo bancário;

VI - Cópia do extrato das contas correntes bancárias e das aplicações financeiras referentes ao período compreendido entre cada um dos Relatórios de Prestação de Contas apresentados;

VII - Folha de pagamento discriminando: nome, números do CPF e CNES, função, carga horária, salário bruto e líquido, e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco;

VIII - Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social, FGTS, de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho e respectivas CTPS, devidamente anotadas;

IX - Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso III deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações;

X - Demonstrativo da projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT, com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas;

XI - extrato bancário (de conta específica para este fim), que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários contratados pelo regime da CLT;

XII - Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIII - Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas;

XIV - Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ ou consumo, discriminado o valor do custo unitário de cada item, assinado pela instituição com terceiros durante todo o período de vigência do CONTRATO DE GESTÃO;

XV - Comprovação de eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo, mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação do profissional autônomo contratado;

XVI - A documentação comprobatória prevista no inciso XIV, deverá ser acompanhada de mapa de rateio, especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com a **CONTRATANTE,** e se for o caso, com outros entes. JUSTIFICATIVA: O mapa de rateio é necessário para as despesas administrativas da matriz, onde é necessário demonstrar o rateio realizado entre os demais convênios/contratos que a O.S. tiver formalizado.

A) Todas as contratações de pessoal, serviços e compras, para fins de prestação de contas, deverão ser realizados no CNPJ da Filial.

Parágrafo Quarto – O repasse mensal à partir da 3ª (terceira) parcela ficará condicionada a entrega dos relatórios de prestação de contas referente ao repasse da 1ª parcela e assim sucessivamente na forma da Cláusula Décima e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Plano de Trabalho (ANEXO I) a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, não podendo recusar-se à encaminhar os referidos relatórios, salvo por motivos de força maior devidamente justificado.

Parágrafo Quinto – Somente serão recebidos pela **CONTRATANTE** os Relatórios de Prestação de Contas que estiverem devidamente instruídos com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Sexto – No caso de a **CONTRATANTE** verificar erro nos documentos apresentados que instruem os Relatórios de Prestação de Contas, serão os mesmos devolvidos à **CONTRATADA** até que sejam os referidos erros sanados, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos, sendo que a CONTRATADA terá 45 (quarenta e cinco) dias prorrogáveis, no máximo, por igual período, se necessário e a critério da CONTRATANTE (art. 148, VIII da IN 01/2020 TCE).

Parágrafo Sétimo – Cada folha dos Relatórios de Prestação de Contas deverá conter rubrica do representante legal da **CONTRATADA**, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo.

Parágrafo Oitavo – Os Relatórios de Prestação de Contas deverão ser elaborados levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Nono – A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado dos Relatórios de Prestação de Contas correspondentes aos respectivos exercícios financeiros.

Parágrafo Décimo - Caberá à **CONTRATADA** promover até o dia 30 de Abril de cada ano e, no caso de serem transmitidos através do Sistema Público de Escrituração (Sped), até o último dia do mês de maio do ano, a publicação integral na Imprensa, dos relatórios de execução financeira e de cumprimento de metas e de execução deste CONTRATO DE GESTÃO aprovados por seu Conselho de Administração, bem como do balanço patrimonial e demais prestação de contas, sem prejuízo de sua análise pelo Tribunal de Contas de São Paulo.

Parágrafo Décimo Primeiro - Os Relatórios de Execução servirão de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Segundo - Todos os valores relativos a despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela **CONTRATANTE** como pertinentes à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser ressarcidos à **CONTRATANTE** através de depósito em conta específica a ser determinada pela **CONTRATANTE** com demonstração por meio de extrato bancário, no prazo determinado.

Parágrafo Décimo Terceiro - Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores, somente sendo aceitos recibos e notas fiscais emitidos em data

posterior à assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos termos aditivos.

Parágrafo Décimo Quarto – Nos contratos firmados entre a CONTRATADA e terceiros, no momento da atestação do recebimento do seu objeto, o valor unitário de cada item que o compõe deverá constar na nota fiscal a ser atestada, bem como em todos os recibos emitidos, o que deverá ser atestado, em ambos os casos, pelo diretor da unidade de saúde beneficiada.

Parágrafo Décimo Quinto – As notas fiscais apresentadas deverão estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a identificação deste Contrato de Gestão.

Parágrafo Décimo Sexto – A **CONTRATADA** deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

CAPÍTULO XI
CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis da Unidade de Pronto Atendimento devidamente identificados no objeto deste instrumento, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação.

Parágrafo Primeiro – Os bens imóveis de que trata o *caput* desta cláusula deverão ser recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO e deverão ser devolvidos quando do término do prazo de vigência do presente ou qualquer forma de resolução do CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO.

Parágrafo Segundo – É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Terceiro - Obriga-se a **CONTRATADA** em relação aos bens imóveis cedidos:

I - Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste CONTRATO DE GESTÃO, em perfeitas condições de

uso e conservação, sob a pena de, a critério da **CONTRATANTE**, arcar com o pagamento relativo ao conserto dos danos ou de quaisquer outros prejuízos.

II - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral e predial, incluindo nas mesmas, a reposição de peças;

III - Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO aos bens móveis e imóveis cedidos.

IV - Arcar com todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, taxas, tarifas e preços públicos.

V - Retirar às suas expensas, caso solicitado pela **CONTRATANTE**, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem nos imóveis cedidos, ainda que a ele provisoriamente agregados.

VI - Providenciar o seguro contra incêndio relativo aos bens móveis e imóveis descritos no *caput* desta cláusula, apresentando à **CONTRATANTE** a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento, bem como manter o AVCB em dia.

Parágrafo Quarto – Em relação aos bens móveis cedidos descritos no *caput* desta cláusula, obriga-se a **CONTRATADA**:

I - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, para após serem recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO.

II - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios a cada quadrimestre e fornecer as informações após a realização do inventario, enviado juntamente com a prestação de contas.

III - Devolver todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando do término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme identificação prévia deles por prepostos de ambas as partes;

IV - Em caso de furto ou roubo de equipamentos a contratada devera apresentar boletim de ocorrência e a reposição em até 5 dias uteis, obedecendo o manual de compras e contratações da Contratada.

Parágrafo Quinto - A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados em bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, precedido em ambos os casos de autorização da CONTRATANTE, bem como as benfeitorias realizadas, igualmente precedida de autorização da CONTRATANTE, serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, salvo se necessárias, condicionada a retirada à prévia autorização do **CONTRATANTE**.

CAPÍTULO XII
DA SUBCONTRATAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – É vedada a subcontratação de quaisquer outras pessoas jurídicas ou físicas que tenha por objeto a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como a cessão total ou parcial do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pela **CONTRATADA,** sob pena de rescisão contratual, sem prejuízo de outras penalidades.

Parágrafo Primeiro – Nos casos de subcontratação de serviços auxiliares (lavanderia, enxovais, segurança, portaria, limpeza, hotelaria, informática, serviços de comunicação, manutenção, retirada de resíduos hospitalares, seguros, esterilizações, armazenamento de documentos, controle de pragas, tratamento de água, serviços de hemoterapia, locação de equipamentos, fornecimento de gases medicinais, fornecimento insumos e materiais, bem como de demais serviços pertinentes, acordados entre CONTRATADA e CONTRATANTE), o ente subcontratado será responsável, solidariamente à **CONTRATADA**, no que couber, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente por aquelas referentes aos encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

Parágrafo Segundo – No caso de subcontratação de serviços auxiliares, a CONTRATADA somente poderá subcontratar desde que conste no contrato celebrado para tal fim a imposição de fornecer a relação de todas as subcontratadas admitidas em função do CONTRATO DE GESTÃO, incluindo cópias dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também mensalmente cópia dos registros

de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados à título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

CAPÍTULO XIII
DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá à **CONTRATANTE**, em especial à **CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** nomeada por Portaria do Secretário de Saúde, a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro – **A CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** no exercício de suas atribuições de gestão e fiscalização deste CONTRATO DE GESTÃO, realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, sendo investida das prerrogativas necessárias à execução das seguintes atividades:

I - Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços.

II - Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, principalmente em relação às metas assistenciais.

III - Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Avaliar os indicadores de acompanhamento, avaliação e metas.

V - Elaborar Relatórios de Avaliação da Execução deste CONTRATO DE GESTÃO através dos dados analisados.

VI - Avaliar os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho em confronto com as metas pactuadas, podendo para tanto solicitar o auxílio de outras instâncias administrativas da Secretaria de Saúde.

VII - Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde ou pela **CONTRATADA.**

VIII - Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da **CAF - *COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO*** e participantes presentes.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela **CONTRATANTE**, se obrigando a fornecer, nos prazos propostos pela **CONTRATANTE**, os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades, não podendo recusar-se a fornecê-los, salvo motivos de força maior justificado, sob pena de não haver o repasse da parcela subsequente ou quaisquer das penalidades previstas.

Parágrafo Terceiro – Os responsáveis pela fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, deverá notificar a CONTRATADA com a ciência do secretario, por qualquer meio idôneo, a fim de seja sanada a irregularidade, que, persistindo, poderá o Secretário da Saúde tomar outras providências, como penalidades previstas e aos órgãos de controle interno e externo referidos na Cláusula Vigésima Segunda, bem como notificar o Ministério Público se for o caso.

Parágrafo Quarto – Compete à **CONTRATADA** fazer minucioso exame das especificações dos serviços por escrito, de modo a permitir em tempo apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas, sendo que o silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas pela Fiscalização.

Parágrafo Quinto – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da **CONTRATADA** no que concerne à execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sexto – No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do CONTRATO DE GESTÃO, a Fiscalização deverá encaminhar relatório ao Secretário de Saúde.

CAPÍTULO XIV
DOS CASOS DE FORÇA MAIOR

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Os motivos de caso fortuito ou força maior que possam impedir a **CONTRATADA** de cumprir as metas pactuadas deverão ser comunicados à **CONTRATANTE**, na primeira oportunidade e por escrito, sob a pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Único – Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração dos Planos de Trabalho, desde que por termo aditivo.

CAPÍTULO XV
DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Plano de Trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, a **CONTRATANTE** poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da CONTRATADA, cabível a aplicação do artigo 116 da Lei nº 8.666/1993, a critério da CONTRATANTE, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 da mesma Lei nº 8.666/1993, garantido o exercício do contraditório e a prévia defesa:

I - Advertência;

II – Multa de 20% (vinte por cento) por inexecução total do objeto sobre o valor contratado.

III- Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, respectivamente nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da **CONTRATADA**.

IV - Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO.

a) Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para aplicação de penalidade.

V - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela que tenha problemas técnicos ou descumprimento de metas, mais multa de 0,33 (trinta e três centésimos por cento) ao dia enquanto os problemas técnicos ou descumprimentos não forem sanados, contados da data que a Administração tiver comunicado a irregularidade á entidade.

a) Os problemas técnicos ou descumprimento de metas que perdurarem por mais 10 (dez) dias, serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para efeitos de aplicação das penalidades.

VI - Multa de 10% (dez por cento) por descumprimento de quaisquer das obrigações decorrentes do ajuste, que não estejam previstas nos subitens acima, a qual incidirá sobre o valor do instrumento contratual.

VII - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos.

VIII - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, respeitado o disposto no artigo 87, IV, da Lei 8.666/93.

IX- Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município de Guarulhos - SP.

Parágrafo Primeiro – A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula, dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo – As sanções previstas não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO, garantida ampla defesa prévia e contraditório da CONTRATADA.

Parágrafo Terceiro – As multas previstas não possuem caráter compensatório, de tal forma que seu pagamento não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto – As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria da Fazenda, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à **CONTRATADA** ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP.

Parágrafo Quinto – A aplicação das sanções estabelecidas são de competência do Secretário de Saúde.

Parágrafo Sexto – As sanções previstas poderão também ser aplicadas à **CONTRATADA**, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, caso tenha:

I - Sofrido condenação definitiva por praticar fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos por meios dolosos.

II - Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

Parágrafo Sétimo - As sanções serão aplicadas a critério da Administração. As multas referidas não impedem a aplicação de outras sanções previstas neste instrumento e na Lei 8.666/93, podendo ser aplicada isolada ou cumulativamente.

CAPÍTULO XVI
DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Em relação às sanções previstas na cláusula décima quinta deste CONTRATO DE GESTÃO que lhe sejam impostas, a **CONTRATADA** poderá interpor os seguintes Recursos Administrativos:

I - *Pedido de Reconsideração* perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da ciência da decisão;

II - *Pedido de Revisão de Sanção Administrativa* à autoridade imediatamente superior a ser encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Primeiro – Em hipótese alguma será conferido efeito suspensivo aos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta cláusula.

Parágrafo Segundo – O exercício do Pedido de Revisão de Sanção Administrativa dependerá da prévia interposição do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Terceiro – O provimento de quaisquer dos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta *cláusula* importará apenas na invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CAPÍTULO XVII
DA RESCISÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – A **CONTRATANTE**, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá ser rescindido unilateralmente o CONTRATO DE GESTÃO, na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Plano de Trabalho, e ainda:

I - Se houver por parte da **CONTRATADA**, má gestão culpa dolo, violação de lei, de disposição de seus Atos Constitutivos, do presente CONTRATO DE GESTÃO ou do respectivo Plano de Trabalho vigente.

II - Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

III - Se houver alterações dos Atos Constitutivos da **CONTRATADA** que impliquem modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Se houver a perda da qualificação como Organização Social por parte da **CONTRATADA**.

Parágrafo Primeiro – Na hipótese de resolução, a **CONTRATADA** deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do **CONTRATANTE** os bens móveis e imóveis cujo uso foi cedido, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo – Na decretação da rescisão, a **CONTRATADA** ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CAPÍTULO XVIII
DA RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Em caso de resilição unilateral por parte da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados.

Parágrafo único – A resilição unilateral será precedida de denúncia da CONTRATANTE, em prazo que atenda o interesse público.

CAPÍTULO XIX
DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – A publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP será providenciada pela **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 20 (vinte dias) da assinatura.

CAPÍTULO XX
DA TRANSIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA – Após a publicação do extrato deste CONTRATO DE GESTÃO no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP e do Estado, devidamente assinado pelas partes contratuais, a CONTRATADA receberá a *Unidade de Saúde,* objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, através de ATO DE TRANSIÇÃO a ser estabelecido com a atual entidade gestora da referida unidade de saúde, o qual implica a necessária assunção dos pacientes da unidade de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – A **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA** servidores públicos municipais de seu quadro de pessoal permanente, os quais, em ocorrendo a referida disponibilização por parte da **CONTRATANTE**, necessariamente deverão compor a equipe de profissionais que atuarão nas unidades de saúde a que se refere o presente CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Primeiro – Os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versem sobre a vida funcional dos servidores públicos cedidos serão mantidos entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**, sendo garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela **CONTRATADA** aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATANTE** deverá deduzir do montante total mensal a ser repassado à **CONTRATADA**, o valor financeiro mensal de seu gasto com folha de pagamento referente aos servidores públicos que forem cedidos à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, devendo ser observado para tanto que a dedução somente ocorrerá após validação da cessão do funcionário pela Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde, bem como o aceite da Organização Social.

Parágrafo Terceiro – A **CONTRATANTE** deverá providenciar a formalização do ato de cessão ou afastamento do servidor, sempre garantindo aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

Parágrafo Quarto – A execução das atividades profissionais por parte dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA,** junto às unidades de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza.

Parágrafo Quinto – A **CONTRATADA**, a qualquer tempo, poderá devolver aos quadros da **CONTRATANTE** servidor público que lhe foi cedido, com motivação justificada, que poderá ensejar abertura de Sindicância ou Processo Administrativo Disciplinar, se o caso.

Parágrafo Sexto – A **CONTRATANTE** poderá, a seu exclusivo critério, solicitar remoção de servidor público lotado em alguma das unidades de saúde referidas no presente CONTRATO DE GESTÃO, através de comunicação prévia, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo.

Parágrafo Sétimo – Observados os critérios administrativos municipais e mediante a observância da disponibilidade da Administração, o servidor público poderá solicitar sua transferência para outra unidade de saúde estranha ao objeto do CONTRATO DE GESTÃO, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo, sem prejuízo de sua alocação em outra unidade de saúde deste CONTRATO DE GESTÃO, nos moldes do *caput* dessa Cláusula.

Parágrafo Oitavo – À **CONTRATADA** é vedado o pagamento de vantagem pecuniária à que se refere o parágrafo primeiro a servidor cedido com recursos provenientes do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Nono – Para fins de execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, os primeiros 90 dias, após a assunção das unidades de saúde deste instrumento pela **CONTRATADA**, serão considerados como período de transição pela **CONTRATANTE**, que poderá mediante análise discricionária das justificativas apresentadas e comprovadas pela **CONTRATADA**, acolher ou não em detrimento dos termos do presente instrumento e anexos, somente pelo período considerado de transição, não gerando qualquer direito posterior da **CONTRATADA**, que deverá observar todas as disposições pactuadas.

CAPÍTULO XXI
DO CONTROLE INTERNO E EXTERNO

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – A **CONTRATANTE** providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município de Guarulhos no prazo de até 10 (dez) dias, contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no prazo de até 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato.

CAPÍTULO XXII
DO COMPROMISSO ARBITRAL

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – A critério da Administração, as partes obrigam-se a solucionar por meio de arbitragem, de forma definitiva, as controvérsias ou disputas relacionadas ao presente contrato e seus eventuais aditivos e documentos anexos a eles relacionados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – Não poderão ser objeto de arbitragem as questões relativas a direitos indisponíveis envolvendo a titularidade municipal do serviço concedido, o poder administrativo de fiscalização e de imposição de penalidades administrativas, a discussão sobre reequilíbrio econômico-financeiro ou qualquer matéria definida como indisponível pelos Tribunais Superiores de Justiça.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – A arbitragem será dirimida em uma das diversas Câmaras Arbitrais do Estado de São Paulo, preferencialmente com sede na cidade de São Paulo ou de Guarulhos, seguindo o regimento próprio da instituição escolhida.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – As decisões e a sentença arbitral, nos termos da Lei Federal nº 9.307/96, serão definitivas, líquidas, certas e vincularão as partes e seus sucessores, servindo como título executivo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – A parte vencida no procedimento arbitral arcará com todas as custas do procedimento, incluindo os honorários dos árbitros e peritos.

CAPÍTULO XXIII
DO FORO DE ELEIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – Fica eleito o Foro da Comarca de Guarulhos – SP, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CAPÍTULO XXIV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – Na contagem dos prazos é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, sendo para tanto, considerados sempre os dias consecutivos, salvo disposição em contrário, observando-se ainda que os prazos se iniciam e vencem somente em dias de expediente da Secretaria de Saúde.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO, em 02 (duas) vias, de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Guarulhos – SP, 01 de junho de 2022.

CONTRATANTE
Secretaria de Saúde de Guarulhos – SP
Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Secretário de Saúde

ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

CONTRATADA
Beneficência Hospitalar de Cesário Lange
Representante Legal

Testemunhas

1_____ 2_____

PREFEITURA DE GUARULHOS

SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DA SAÚDE
DIVISÃO ADM. DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES
SEÇÃO TÉC. DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

Fls. 26027
Proc.Adm. 30223/2021
Rubrica

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
CONTRATO DE GESTÃO COM O TERCEIRO SETOR

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS – SECRETARIA DA SAÚDE.
CONTRATADA: BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTATO DE GESTÃO N°(DE ORIGEM): 3422/2022-FMS
OBJETO: a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades: UPA SÃO JOÃO LAVRAS; UPA CUMBICA E PA MARIA DIRCE.
VALOR DO AJUSTE/VALOR (1): R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos).
EXERCÍCIO (1): 2022
ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL :(2)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. **Estamos CIENTES de que:**
   a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
   b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;
   c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
   d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
   e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.
2. **Damo-nos por NOTIFICADOS para:**
   a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
   b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Guarulhos, 01 de junho de 2022.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: GUSTAVO HENRIC COSTA
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 296.269.158-70

AUTORIDADE MÁXIMA DA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PARECER CONCLUSIVO:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO :

Nome: RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Cargo: Secretário da Saúde
CPF : 066.120.808-76
Assinatura:

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PRESTAÇÃO DE CONTAS:

PELA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70
Assinatura: ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

PA 30223/21
26029

INÍCIO TERMOS DE USO F.A.Q.

RELATÓRIO

▼ RELATÓRIO 1 - Arquivo de assinatura aprovado, em conformidade com a MP 2.200-2/2001

Data de verificação	01/06/2022 12:17:20 BRT
Versão do software	2.8.1
Nome do arquivo	Contrato de Gestão 3422-22 - UPAS - CESÁRIO LANGE ASSINADO.pdf
Resumo SHA256 do arquivo	3ecf0f2f08761f786881c88352ea45c336c6d7cdb5a96f1669ff7eb880954447

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o padrão
Cifra assimétrica	Aprovada
Resumo criptográfico	Correto
Atributos obrigatórios/opcionais	Aprovados
Certificados necessários	Nenhum certificado é necessário
Mensagem de alerta	Atualizações incrementais não verificadas

▶ Caminho de certificação

▶ Atributos

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o pad
Cifra assimétrica	Aprovada

AVALIE ESTE SERVIÇO

EXPANDIR ELEMENTOS

Modo escuro ☐

Atestado de Capacidade

Guarulhos, 17 de abril de 2025.

Atestamos, para todos os fins de direito, que a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida na Avenida São Paulo, 340, vila Brasil, Cesário Lange/SP que tem por objeto a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a serem realizadas nas **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA e SÃO JOÃO e PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE -** entre a PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, situada na Avenida Bom Clima, 91 – Bom Clima, inscrita no CNPJ nº 46.319.000/0001-50, neste ato representada pela sua Secretaria de Saúde e a Organização Social, conforme o Contrato de Gestão nº 03422/2022 – FMS que teve sua vigência desde 02 de junho de 2022, prazo de 24 (vinte e quatro) meses e prorrogado através do T.A 03-3422/2022 FMS até 01/06/2026.

Ø **UNIDADE SÃO JOÃO LAVRAS** está localizada na Estrada Guarulhos-Nazaré nº4.130 –Cidade Soberana, CEP 07162-000 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
14.000 atendimentos	**23.772**

Ø **UNIDADE CUMBICA** está localizada na Rua dos Jesuítas Nº 533 – Cidade Industrial Satélite de São Paulo, CEP 07231-070 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
10.000 atendimentos	**18.796**

Ø **UNIDADE ATENDIMENTO MARIA DIRCE** está localizada na Rua Ubatã nº 154 – Jardim Maria Dirce, CEP 07173-380, Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
11.000 atendimentos	**19.435**

Durante o período contratual, as unidades mantiveram as portas abertas de maneira ininterrupta 24 horas por dia nas especialidades de clínica médica, ortopedia, pediatria e odontologia (**UPA CUMBICA e SÃO JOÃO**) por 12 horas diurnas.

Rosangela Amorim de Moraes
CF: 77.100
Gestora de Contrato

Marcia Adriana Spanivello
CF: 63.035
Fiscal de Contrato

Sandra Regina Diniz R. Gehlen
CF: 60.686
Gerente de Projetos e Programas

Fernando Terumichi Pontes
CF: 63.492
Chefe de Divisão Técnica

Bruno Menon do Nascimento

Diretor Financeiro (em exercício)

Documento assinado eletronicamente por **Rosangela Amorim de Moraes**, **Especialista em Saúde**, em 22/04/2025, às 08:36, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Sandra Regina Diniz Rodrigues Gehlen**, **Gerência de Projetos e Programas**, em 22/04/2025, às 11:03, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Marcia Adriana Spanivello**, **Enfermeiro (a)**, em 22/04/2025, às 11:05, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Fernando Terumichi Pontes**, **Chefe de Divisão Técnica**, em 22/04/2025, às 11:07, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Menon do Nascimento**, **Diretor (a) de Departamento**, em 22/04/2025, às 15:56, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.guarulhos.sp.gov.br/sei/web/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1875079** e o código CRC **FCFE972B**.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 21/07/2025

CNES: 2090589 Nome Fantasia: PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE CNPJ: --

Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA UBATA Número: 154 Complemento: --

Bairro: MARIA DIRCE Município: 351880 - GUARULHOS UF: SP

CEP: 07173-380 Telefone: (11)2088-7400 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 201

Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: PRONTO ATENDIMENTO GERAL Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: SERGIO PAULO PINHEIRO DER TOROSSIAN

Cadastrado em: 09/08/2003 Atualização na base local: 15/07/2025 Última atualização Nacional: 18/07/2025

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 017 - IMUNIZACAO

Classificação Estabelecimento Saúde

008 - PRONTO ATENDIMENTO

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	5	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	3
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	2	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	4	0

SALA DE NEBULIZACAO	1	0

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CIPA

ETICA MEDICA
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	1	1	SIM
Bomba de Infusao	10	10	SIM
Desfibrilador	2	2	SIM
Incubadora	1	1	SIM
Monitor de ECG	2	2	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	2	2	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	5	5	SIM
Respirador/Ventilador	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	2	2	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS

RESIDUOS QUIMICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Mantenedora

Nome	CNPJ	Logradouro
MUNICIPIO DE GUARULHOS	46319000000150	AVN BOM CLIMA

Bairro	Número	Complemento	CEP	Município	UF
BOM CLIMA	90		07196220	GUARULHOS	SP

Telefone	Região de Saúde	Agência	Conta Corrente
11-24758600	0201	0636X	6081X

Habilitações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Habilitações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Regras Contratuais

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Regras Contratuais - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2019	31/08/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/09/2019	30/09/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2020	31/03/2021	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2014	30/09/2014	15/03/2021	-

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2015	01/04/2018	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/10/2018	31/03/2019	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	02/04/2012	02/10/2014	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2012	31/03/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/04/2013	30/06/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2013	30/09/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/10/2013	31/12/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/01/2014	31/03/2014	15/03/2021	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2018	30/06/2018	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/07/2018	30/09/2018	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/04/2014	30/06/2014	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	03/10/2014	31/03/2015	15/03/2021	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2024	01/06/2026	05/11/2024	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2022	01/06/2024	05/11/2024	-

Base Descentralizada

Nenhum resultado para a consulta realizada.

SAMU 192

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO **N° 3422/2022-FMS** ESTABELECIDO ENTRE O MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP, ATRAVÉS DE SUA SECRETARIA DE SAÚDE E A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR CESÁRIO LANGE, QUE TEM POR OBJETO A GESTÃO COMPARTILHADA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DEMAIS AÇÕES DE SAÚDE A SEREM REALIZADAS NAS **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA E SÃO JOÃO LAVRAS** E **PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE** QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA.

Ao(s) **primeiro** dia(s) do mês de **junho** do ano de 2022, o **MUNICÍPIO DE GUARULHOS**, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, com sede nesta cidade na Rua Íris, nº 300, neste ato representado por seu Secretário de Saúde Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 17.355.446, inscrito no CPF sob o nº 066.120.808-76, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a (o) **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, sob n° CNPJ. 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida à Avenida São Paulo, 340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, CEP 18285-000, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, inscrito (a) no Registro Geral de Pessoas – RG sob o n° 12.249.262-6 expedido pela SSP inscrito (a) no CPF sob o n° 048.461.708-7, estabelecem o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, autuado no processo administrativo nº 30223/2021, que tem por objeto o Chamamento Público **nº 02/2022**.

CAPÍTULO I
DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

CLÁUSULA PRIMEIRA – Este CONTRATO DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Federal nº 9.637/1998, Lei Complementar Federal n° 101/2000, Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, pela Lei Federal 8.666/93, no que se aplicar; Lei Municipal nº 7.545/2017, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 34.210/2017, e pelos Decretos Municipais nº 33.703/2016 e nº 33.912/2017, 13019/2014 bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do **Edital de Chamamento Público** e de seus anexos, assim como pelas disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos anexos**.

CAPÍTULO II
DO OBJETO

CLÁUSULA SEGUNDA – Constitui objeto deste CONTRATO DE GESTÃO a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Primeiro – Constitui parte integrante do presente CONTRATO DE GESTÃO, seus anexos, relativo a unidade de saúde o qual refere o objeto deste, cujo conteúdo deverá ser observado tanto quanto o dispositivo descrito no corpo deste instrumento, no exercício de seu cumprimento, quais sejam:

ANEXOS:

a) **ANEXO I** – Plano de Trabalho UPA São João Lavras/ UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

b) **ANEXO II** – Cronograma de Desembolso da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce ;

c) **ANEXO III** – Planilha de Destinação dos Recursos Financeiros da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

d) **ANEXO IV** – Relação de Patrimônio das UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce.

e) **ANEXO V** – Modelo de Planilhas de Prestação de Contas

Parágrafo Segundo: O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderá ser acrescido e/ou suprimido no que se refere aos quantitativos e espécies de ações por ele regradas a serem executadas, na referida unidade de atendimento, observando-se sempre a manutenção da natureza, finalidade e identidade do objeto definido nos termos previstos pelo **Edital de Chamamento Público nº 02/2022.**

CAPÍTULO III
DO PLANO DE TRABALHO

CLÁUSULA TERCEIRA – O Plano de Trabalho relativo à unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I), é parte integrante deste instrumento contendo as especificações e quantitativos das metas a serem atingidas, bem como as metas qualitativas, seus respectivos prazos e regime de execução, assim como a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CLÁUSULA QUARTA – O prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO será de **24 (vinte e quatro) meses** a contar das **00h00 do dia 02/06/2022**.

CAPÍTULO V
DO VALOR GLOBAL E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

CLÁUSULA QUINTA – O valor global inicial deste CONTRATO DE GESTÃO é de a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Único – Para o exercício de 2022 é estimado o valor de **R$ 53.787.541,94 (Cinquenta e três milhões, setecentos e oitenta e sete mil, quinhentos e quarenta e um reais e noventa e quatro centavos)**, cuja despesa atenderá aos Programas de Trabalho (Anexo I), Natureza de Despesa **335085 – Contrato de Gestão**, Fonte **Tesouro** e/ou **Federal** e, nos exercícios subsequentes, atenderá o Plano de Trabalho e os que o suceder, respeitado os valores descritos no Cronograma de Desembolso relativos a unidade de saúde a qual se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

0791.1030200032.016.01.3100000.339039.001
0791.1030200032.016.05.3000157.339039.621

CAPÍTULO VI
DOS REPASSES E MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA SEXTA – Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos, o valor global inicial é de **R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos)**, e será repassado à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** na forma e nas condições dos Cronogramas de Desembolso (ANEXO II), em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais no valor de **R$ 7.720.699,80 (Sete milhões, setecentos e vinte mil, seiscentos e noventa e nove reais e oitenta centavos),** sendo que deste valor, destina-se à **Unidade de Pronto Atendimento SÃO JOÃO LAVRAS** o valor de **R$ 2.818.977,58 (Dois milhões, oitocentos e dezoito mil, novecentos e setenta e sete reais e cinquenta e oito centavos,** à **Unidade de Pronto Atendimento CUMBICA** o valor de **R$ 2.779.787,33 (Dois milhões, setecentos e setenta e nove mil, setecentos e oitenta e sete reais e trinta e três centavos)** e ao **Pronto Atendimento MARIA DIRCE** o valor de **R$ 2.121.934,89 (Dois milhões, cento e vinte e um mil, novecentos e trinta e quatro reais e oitenta e nove centavos)**.

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à **CONTRATADA** serão depositados em conta bancária em instituição financeira oficial (Banco do Brasil S.A. ou Caixa Econômica Federal S.A.).

Parágrafo Segundo – Os recursos repassados à **CONTRATADA** deverão ser depositados em contas correntes específicas e exclusivas destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO; a **CONTRATADA** deverá manter conta corrente distinta e individualizada, de tal forma que não sejam confundidos seus recursos respectivos com os de outra origem, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

Parágrafo Terceiro – Os saldos financeiros relativos à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em:

I - em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for de até 01 (um) mês;

II - em fundos de curto prazo ou;

III - em títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto – As aplicações financeiras descritas nos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração de capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno, bem como o resultado deverá ser obrigatoriamente utilizado no objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quinto – O repasse dos recursos se dará mensalmente, sendo a primeira parcela em até 15 (quinze) dias contados do início da vigência contratual e a partir da segunda parcela no 2º dia útil do mês corrente, obedecido o Cronograma de Desembolso da unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

Parágrafo Sexto - As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I) e com o respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II), salvo autorização prévia da **CONTRATANTE**, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I. Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II. Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.

III. Quando do não atendimento aos demais requisitos legais, inclusive o disposto no artigo 8º, inciso VII, da lei 7.545/2017.

IV. Quando das hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" do inciso XXIII, da CLÁUSULA NONA (DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA)

V. Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sétimo – Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no Plano de Trabalho, cabendo à CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* do presente CONTRATO DE GESTÃO verificar o percentual de atendimento das referidas metas.

Parágrafo Oitavo – A **CONTRATADA** poderá captar, assumindo em relação a tal captação inteira responsabilidade, recursos privados para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, hipótese esta em se implementando haverá alteração do Plano de Trabalho necessário à formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos, restando claro desde já que ambas as situações imprescindem de celebração de termo aditivo.

Parágrafo Nono – Fica vedada a utilização dos valores inerentes aos repasses orçamentários vinculados a este CONTRATO DE GESTÃO com despesas a título de taxa de administração global, conforme súmula 41 do TCE/SP.

Parágrafo Décimo – Os repasses orçamentários destinados ao pagamento das despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, sendo que as referidas despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento deverão ser as mesmas previstas detalhadamente no Plano de Trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à **CONTRATADA** a título de provisionamento inerente à previsão de valores necessários ao adimplemento de verbas rescisórias, pagamento de férias e décimos terceiros salários, deverá ser depositado em conta bancária específica, distinta daquela destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO, preferencialmente em conta poupança, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal e/ou saldo mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE,** ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo – Quando do término do presente CONTRATO DE GESTÃO, caso haja saldo para fins rescisórios ou de provisionamento obrigatório no fundo tratado no parágrafo anterior, os valores deverão ser restituídos à CONTRATANTE, para que seja disponibilizado para o mesmo fim em novo CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Terceiro – Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.

CAPÍTULO VII
DA REPACTUAÇÃO

CLÁUSULA SÉTIMA – Em havendo interesse público que justifique o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, e por conseguinte da respectiva dotação orçamentária específica para esse fim, os valores dos repasses financeiros para execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderão ser repactuados.

Parágrafo Primeiro **-** Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pelo pagamento de despesas e custos vinculados à mão de obra principal necessária à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverá ser demonstrada pela **CONTRATADA** de forma analítica a variação dos referidos custos, em consonância com o preconizado por convenção ou acordo coletivos, ou ainda sentença normativa, que regem as categorias profissionais envolvidas;

Parágrafo Segundo - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pela variação dos demais custos e despesas necessárias à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, será adotado o *Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.*

Parágrafo Terceiro **-** O pedido de repactuação por parte da **CONTRATADA** que tenha por objeto aumento de valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, ou quaisquer outros objetos de naturezas diversas, deverá ser apresentado pela **CONTRATADA** de forma justificada e instruído com planilha analítica demonstrativa, a fim de que seja submetido à análise da Secretaria de Saúde.

Parágrafo Quarto - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no Plano de Trabalho, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, convenção ou acordos coletivos.

CAPÍTULO VIII
OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA OITAVA *– São obrigações da* ***CONTRATANTE****:*

I - Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II - Realizar o repasse de recursos na forma disposta nos Cronogramas de Desembolso relativo a Unidade de Pronto Atendimento a que se refere este

CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II), e na Cláusula Sexta deste mesmo instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

III - Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução das ações previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos públicos repassados à **CONTRATADA**, na forma disposta no Plano de Trabalho e neste instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle.

CAPÍTULO IX
DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA NONA – *São obrigações da* ***CONTRATADA****:*

I - Desenvolver em conjunto com a Secretaria de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho e na legislação aplicável;

II - Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários;

III - Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações, eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização empreendida pelo **CONTRATANTE**;

IV - Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pela **CONTRATANTE** e legislações pertinentes ao objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

V - Cumprir as metas relacionadas no Plano de Trabalho relativo a Unidades de Pronto Atendimento a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I);

VI - Providenciar a publicação na imprensa ou no sítio digital da própria organização Social, no prazo máximo de 30 dias (trinta dias) corridos a contar da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, sempre em consonância com os valores descritos no Projeto Técnico apresentado pela **CONTRATADA** quando da realização do certame.

VII - Elaborar os relatórios de execução do CONTRATO DE GESTÃO e submeter à aprovação da CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização*, bem como encaminhar, mensalmente, à **CONTRATANTE**, impreterivelmente, até dia 15 do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme o interesse público, ou a critério da Administração, os referidos relatórios contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, não podendo se recusar à submeter à aprovação, tampouco deixar de encaminhar os referidos relatórios, salvo motivos de força maior justificado, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos ;

VIII - Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção ou atualização dentre outros;

IX - Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos, bem como os bens móveis e imóveis privados, contratados pelo Município, que encontram-se na posse da contratada para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, sem qualquer direito à disposição ou retenção dos bens, inclusive no caso de encerramento do CONTRATO DE GESTÃO;

X - Responsabilizar-se com recursos repassados pela **CONTRATADA** pelas despesas inerentes ao fornecimento de água/esgoto, energia elétrica, gás, serviços de telefonia e *internet* relativos aos bens imóveis cujo uso tenha sido cedido à **CONTRATADA,** despesas estas que, a critério da Administração, poderão ser pagas pela **CONTRATANTE** e descontadas dos repasses a serem realizados à **CONTRATADA**, caso em que, as respectivas contas de consumo deverão ser enviadas à **CONTRATANTE** em tempo hábil para pagamento. São de responsabilidade de CONTRATADA, toda e qualquer despesa de consumo referente ao bem imóvel, tais como: energia, gás, agua/esgoto, telefonia, internet e outros caracterizados como consumo, impostos ou taxas pertencentes ao imóvel.

XI - Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, assim como pelos decorrentes encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais e comerciais, não excluindo ou reduzindo tal responsabilidade da **CONTRATADA**, as responsabilidades e prerrogativas da **CONTRATANTE** relativas à fiscalização da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XII - Zelar para que os recursos financeiros repassados pela **CONTRATANTE** sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no Plano de Trabalho, atentando sempre para a devida observância do princípio da economicidade;

XIII - Manter e movimentar os recursos em conta bancária específica do CONTRATO DE GESTÃO, com observância das normas constantes no CAPÍTULO X deste ajuste, admitindo-se pagamentos em espécie, desde que observados o limite de R$ 1.000,00 (mil reais);

XIV - A CONTRATADA deverá observar como limite de remuneração de seus funcionários, o salário do Prefeito Municipal, e a compatibilidade com os salários das categorias profissionais desta municipalidade, os casos não enquadrados deverão ser justificados e ficarão sob análise da CONTRATANTE.

XV - Prestar contas dos recursos repassados pela **CONTRATANTE**, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO;

XVI - Prestar sempre que solicitado quaisquer informações, inclusive as de natureza financeira, acerca da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XVII - Produzir, guardar e disponibilizar à **CONTRATANTE**, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos, durante todo o prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos;

XVIII - Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da **CONTRATANTE**, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIX - Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação, relativos às atividades de natureza pública gratuita, que devam ser executadas em virtude da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO ou da legislação aplicável;

XX - Manter atualizadas as informações cadastrais junto à **CONTRATANTE**, devendo comunicar à mesma, quaisquer alterações nos seus atos constitutivos em até 5 dias uteis;

XXI - Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais (Digitalizados e pesquisáveis) que comprovem as despesas realizadas para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

a) A CONTRATADA deverá adotar CNPJ filial especifico para cada Equipamento de Saúde para a execução do objeto deste Contrato de Gestão.

XXII - Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais de natureza técnica que deverão ser adotados para tanto;

XXIII - Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades do CONTRATO DE GESTÃO, respeitando o disposto no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, como também as que regem os conselhos de classe, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso;

XXIV - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado e de acordo com as respectivas Convenções Coletivas de Trabalho, pertinente à sua área de atuação, conforme descrito em seus atos constitutivos, no que se refere ao pagamento de salários e de benefícios de qualquer natureza a seus empregados e dirigentes;

XXV - Responsabilizar-se, na forma deste CONTRATO DE GESTÃO, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão de obra necessária à completa execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, até o término de seu prazo de vigência, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, pelas obrigações decorrentes da referida execução isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, devendo ser observado ainda o que segue:

a) em caso de ciência de ações trabalhistas movidas contra a **CONTRATADA** decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, nas quais entidades da Administração Pública do Município de Guarulhos tenham sido incluídas no polo passivo das referidas ações tanto como responsável subsidiário ou solidário, a **CONTRATANTE** poderá reter dos repasses devidos, o montante dos valores dela cobrados nas mesmas referidas ações, valores estes que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção, em caso de insuficiência, para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do objeto presente CONTRATO DE GESTÃO que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária da **CONTRATANTE**, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores que venham a ser cobrados da **CONTRATANTE** a este título, valores estes que poderão ser complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

c) as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência a **CONTRATANTE** da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e/ou previdenciários sendo que os valores inerentes às referidas retenções serão destinados ao pagamento das respectivas obrigações caso a **CONTRATANTE** seja compelida a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**;

d) Eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pela **CONTRATANTE** se houver justa causa devidamente fundamentada, ou seja, de forma criteriosa, apontando de forma objetiva o enquadramento da justa causa nos itens do artigo 482, da CLT.

XXVI - Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas no Chamamento Público durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO;

XXVII - Fornecer as informações e documentos exigidos nas alíneas do inciso XI, do Art. 4º do Decreto Municipal nº 33.703/2016.

XXVIII - Os equipamentos e instrumentais necessários para a realização das ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, bem como os adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE,** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser mantidos pela **CONTRATADA**, em perfeitas condições;

XXIX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos, deverão ter avaliação prévia e autorização da Secretaria da Saúde;

XXX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, serão automaticamente incorporados ao patrimônio da **CONTRATANTE**, hipótese esta em que a **CONTRATADA** hipótese esta em que a **CONTRATADA** deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, em duas vias juntamente com os relatórios de prestação de contas (01 via para fim de tombamento do patrimônio e outra para comprovação da despesa) juntamente com declaração emitida pela **CONTRATADA** de que os bens estão fisicamente na unidade de saúde, com menção da unidade onde são executadas as ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, e em perfeitas condições de uso;

XXXI - Enviar à **CAF** - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* todos os contratos de prestação de serviços e de fornecimento, assim como seus respectivos Anexos e eventuais Aditivos firmados pela **CONTRATADA** com prestadores, devidamente datados e assinados por todas as partes do contrato de prestação de serviços e de fornecimento, com a descrição de todos os serviços a serem prestados e/ou bens a serem fornecidos, metas a serem alcançadas, se for o caso, e respectiva descrição da forma de como serão medidas, bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país e, finalmente, se o caso de prestação de serviços, certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXII - Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço necessário e/ou que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem a cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o Plano de Trabalho e com o *Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras*, a ser aprovado pela CONTRATANTE e publicado pela **CONTRATADA**. Fornecer certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXIII - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, empregados, membros de sua Diretoria ou Conselho de Administração;

XXXIV - Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição, criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pela **CONTRATANTE**;

XXXV - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização da **CONTRATANTE** ou sob sua demanda, bem como o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direto público ou privado estabelecidos na Lei n.º 13.709/2018.

XXXVI - Atender às exigências da **CONTRATANTE** acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados e/ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela **CONTRATANTE**;

XXXVII - Os sistemas informatizados utilizados pela **CONTRATADA** deverão permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a **CONTRATANTE** já utilize ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO;

XXXVIII - Apresentar à **CONTRATANTE**, no prazo por ela definido, Plano Estratégico para as suas ações dos anos de vigência do CONTRATO DE GESTÃO, observando o Projeto Técnico e o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde (ANEXO I) bem como respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II) dos recursos a serem repassados à **CONTRATADA**;

XXXIX - Executar os serviços e demais ações de saúde previstas no objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO e no anexo Plano de Trabalho relativo a unidade de

saúde (ANEXO I), mantendo sempre obediência ao preconizado pela Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, e a devida observância dos princípios do SUS, e em especial:

a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

b) Integralidade de assistência, entendida como sendo esta o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;

c) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

d) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

e) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

f) Direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;

g) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XL - Quando da elaboração e apresentação dos Relatórios de Prestação de Contas, a **CONTRATADA** deverá observar:

a) A garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

b) A responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

c) A inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

XLI - Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da **CONTRATADA**, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLII - Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos - SP.

XLIII - Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria de Saúde.

XLIV - Afixar, em lugar visível das Unidades de Pronto Atendimento a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, aviso que contenha:

a) O símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria da Saúde e do Sistema Único de Saúde.

b) Informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município de Guarulhos - SP;

c) Indicação de que os serviços executados naquela unidade de saúde são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLV – Fornecer à CAF – Comissão de Acompanhamento e Fiscalização a relação de todas as empresas subcontratadas, previstas no Capítulo XII, admitidas em função do presente Contrato de Gestão, incluindo cópia dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também e mensalmente cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

XLVI – Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle, bem como fornecer toda e qualquer informação e documentação solicitados pelo CONTRATANTE no prazo estabelecido, sob pena de sanções administrativas, prevista na minuta.

XLVII – Cumprir todas as diretrizes do TCESP relativas á transparência de seus atos, notadamente quanto à divulgação pela via eletrônica, em seu sítio eletrônico, de todas as informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros: o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes; valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis

e os relatórios físico-financeiros de acompanhamento; regulamento de compras e contratação de pessoal.

CAPÍTULO X
DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

CLÁUSULA DÉCIMA – Os Relatórios de Prestação de Contas Financeiro deverão ser enviados, mensalmente, por via eletrônica e protocolados junto à **CONTRATANTE** até o dia 30 (trinta) do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, a critério da Administração.

Parágrafo Primeiro – O último Relatório de Prestação de Contas deverá ser protocolado em até 30 (trinta) dias após o término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhado do comprovante de devolução do saldo financeiro, se houver. O relatório deverá ser entregue junto à Divisão Técnica de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas do Departamento Financeiro da Saúde.

Parágrafo Segundo – E se constatar qualquer irregularidade na prestação de contas, deverá comunicar a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, imediatamente.

Parágrafo Terceiro – Os Relatórios de Prestação de Contas serão instruídos com os seguintes documentos, de forma individualizada por unidade de saúde:

I - Relatórios de execução financeira (DIRD – Demonstrativo Integral de Receitas e Despesas – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO V), discriminando a movimentação de valores, indicando o saldo inicial, os repasses, a apuração da rentabilidade financeira e o valor total de cada categoria de despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado,

II - Detalhamento de todas as despesas pertinentes a este CONTRATO DE GESTÃO no qual conste demonstrativo por centro de custo por tipo de despesa (Demonstrativo de Despesas por categoria – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO VI);

III - Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos ou quaisquer outros títulos de crédito que venham a ser utilizados para tanto, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante (Demonstrativo de Despesas Geral – conforme modelo à ser

fornecido – ANEXO VII);

IV - Cópias dos comprovantes de pagamentos de contas referentes ao fornecimento de água, energia elétrica, serviços de telefonia e *internet*, salvo quando as contas forem pagas pela **CONTRATANTE**, cujos valores serão descontados do repasse devido à **CONTRATADA**;.

V - Demonstrativo de conciliação do saldo bancário;

VI - Cópia do extrato das contas correntes bancárias e das aplicações financeiras referentes ao período compreendido entre cada um dos Relatórios de Prestação de Contas apresentados;

VII - Folha de pagamento discriminando: nome, números do CPF e CNES, função, carga horária, salário bruto e líquido, e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco;

VIII - Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social, FGTS, de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho e respectivas CTPS, devidamente anotadas;

IX - Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso III deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações;

X - Demonstrativo da projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT, com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas;

XI - extrato bancário (de conta específica para este fim), que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários contratados pelo regime da CLT;

XII - Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIII - Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas;

XIV - Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ ou consumo, discriminado o valor do custo unitário de cada item, assinado pela instituição com terceiros durante todo o período de vigência do CONTRATO DE GESTÃO;

XV - Comprovação de eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo, mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação do profissional autônomo contratado;

XVI - A documentação comprobatória prevista no inciso XIV, deverá ser acompanhada de mapa de rateio, especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com a **CONTRATANTE,** e se for o caso, com outros entes. JUSTIFICATIVA: O mapa de rateio é necessário para as despesas administrativas da matriz, onde é necessário demonstrar o rateio realizado entre os demais convênios/contratos que a O.S. tiver formalizado.

A) Todas as contratações de pessoal, serviços e compras, para fins de prestação de contas, deverão ser realizados no CNPJ da Filial.

Parágrafo Quarto – O repasse mensal à partir da 3ª (terceira) parcela ficará condicionada a entrega dos relatórios de prestação de contas referente ao repasse da 1ª parcela e assim sucessivamente na forma da Cláusula Décima e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Plano de Trabalho (ANEXO I) a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, não podendo recusar-se à encaminhar os referidos relatórios, salvo por motivos de força maior devidamente justificado.

Parágrafo Quinto – Somente serão recebidos pela **CONTRATANTE** os Relatórios de Prestação de Contas que estiverem devidamente instruídos com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Sexto – No caso de a **CONTRATANTE** verificar erro nos documentos apresentados que instruem os Relatórios de Prestação de Contas, serão os mesmos devolvidos à **CONTRATADA** até que sejam os referidos erros sanados, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos, sendo que a CONTRATADA terá 45 (quarenta e cinco) dias prorrogáveis, no máximo, por igual período, se necessário e a critério da CONTRATANTE (art. 148, VIII da IN 01/2020 TCE).

Parágrafo Sétimo – Cada folha dos Relatórios de Prestação de Contas deverá conter rubrica do representante legal da **CONTRATADA**, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo.

Parágrafo Oitavo – Os Relatórios de Prestação de Contas deverão ser elaborados levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Nono – A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado dos Relatórios de Prestação de Contas correspondentes aos respectivos exercícios financeiros.

Parágrafo Décimo - Caberá à **CONTRATADA** promover até o dia 30 de Abril de cada ano e, no caso de serem transmitidos através do Sistema Público de Escrituração (Sped), até o último dia do mês de maio do ano, a publicação integral na Imprensa, dos relatórios de execução financeira e de cumprimento de metas e de execução deste CONTRATO DE GESTÃO aprovados por seu Conselho de Administração, bem como do balanço patrimonial e demais prestação de contas, sem prejuízo de sua análise pelo Tribunal de Contas de São Paulo.

Parágrafo Décimo Primeiro - Os Relatórios de Execução servirão de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Segundo - Todos os valores relativos a despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela **CONTRATANTE** como pertinentes à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser ressarcidos à **CONTRATANTE** através de depósito em conta específica a ser determinada pela **CONTRATANTE** com demonstração por meio de extrato bancário, no prazo determinado.

Parágrafo Décimo Terceiro - Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores, somente sendo aceitos recibos e notas fiscais emitidos em data

posterior à assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos termos aditivos.

Parágrafo Décimo Quarto – Nos contratos firmados entre a CONTRATADA e terceiros, no momento da atestação do recebimento do seu objeto, o valor unitário de cada item que o compõe deverá constar na nota fiscal a ser atestada, bem como em todos os recibos emitidos, o que deverá ser atestado, em ambos os casos, pelo diretor da unidade de saúde beneficiada.

Parágrafo Décimo Quinto – As notas fiscais apresentadas deverão estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a identificação deste Contrato de Gestão.

Parágrafo Décimo Sexto – A **CONTRATADA** deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

CAPÍTULO XI
CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis da Unidade de Pronto Atendimento devidamente identificados no objeto deste instrumento, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação.

Parágrafo Primeiro – Os bens imóveis de que trata o *caput* desta cláusula deverão ser recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO e deverão ser devolvidos quando do término do prazo de vigência do presente ou qualquer forma de resolução do CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO.

Parágrafo Segundo – É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Terceiro - Obriga-se a **CONTRATADA** em relação aos bens imóveis cedidos:

I - Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste CONTRATO DE GESTÃO, em perfeitas condições de

uso e conservação, sob a pena de, a critério da **CONTRATANTE**, arcar com o pagamento relativo ao conserto dos danos ou de quaisquer outros prejuízos.

II - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral e predial, incluindo nas mesmas, a reposição de peças;

III - Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO aos bens móveis e imóveis cedidos.

IV - Arcar com todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, taxas, tarifas e preços públicos.

V - Retirar às suas expensas, caso solicitado pela **CONTRATANTE**, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem nos imóveis cedidos, ainda que a ele provisoriamente agregados.

VI - Providenciar o seguro contra incêndio relativo aos bens móveis e imóveis descritos no *caput* desta cláusula, apresentando à **CONTRATANTE** a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento, bem como manter o AVCB em dia.

Parágrafo Quarto – Em relação aos bens móveis cedidos descritos no *caput* desta cláusula, obriga-se a **CONTRATADA**:

I - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, para após serem recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO.

II - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios a cada quadrimestre e fornecer as informações após a realização do inventario, enviado juntamente com a prestação de contas.

III - Devolver todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando do término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme identificação prévia deles por prepostos de ambas as partes;

IV - Em caso de furto ou roubo de equipamentos a contratada devera apresentar boletim de ocorrência e a reposição em até 5 dias uteis, obedecendo o manual de compras e contratações da Contratada.

Parágrafo Quinto - A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados em bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, precedido em ambos os casos de autorização da CONTRATANTE, bem como as benfeitorias realizadas, igualmente precedida de autorização da CONTRATANTE, serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, salvo se necessárias, condicionada a retirada à prévia autorização do **CONTRATANTE**.

CAPÍTULO XII
DA SUBCONTRATAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – É vedada a subcontratação de quaisquer outras pessoas jurídicas ou físicas que tenha por objeto a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como a cessão total ou parcial do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pela **CONTRATADA,** sob pena de rescisão contratual, sem prejuízo de outras penalidades.

Parágrafo Primeiro – Nos casos de subcontratação de serviços auxiliares (lavanderia, enxovais, segurança, portaria, limpeza, hotelaria, informática, serviços de comunicação, manutenção, retirada de resíduos hospitalares, seguros, esterilizações, armazenamento de documentos, controle de pragas, tratamento de água, serviços de hemoterapia, locação de equipamentos, fornecimento de gases medicinais, fornecimento insumos e materiais, bem como de demais serviços pertinentes, acordados entre CONTRATADA e CONTRATANTE), o ente subcontratado será responsável, solidariamente à **CONTRATADA**, no que couber, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente por aquelas referentes aos encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

Parágrafo Segundo – No caso de subcontratação de serviços auxiliares, a CONTRATADA somente poderá subcontratar desde que conste no contrato celebrado para tal fim a imposição de fornecer a relação de todas as subcontratadas admitidas em função do CONTRATO DE GESTÃO, incluindo cópias dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também mensalmente cópia dos registros

de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados à título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

CAPÍTULO XIII
DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá à **CONTRATANTE**, em especial à **CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** nomeada por Portaria do Secretário de Saúde, a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro – **A CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** no exercício de suas atribuições de gestão e fiscalização deste CONTRATO DE GESTÃO, realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, sendo investida das prerrogativas necessárias à execução das seguintes atividades:

I - Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços.

II - Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, principalmente em relação às metas assistenciais.

III - Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Avaliar os indicadores de acompanhamento, avaliação e metas.

V - Elaborar Relatórios de Avaliação da Execução deste CONTRATO DE GESTÃO através dos dados analisados.

VI - Avaliar os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho em confronto com as metas pactuadas, podendo para tanto solicitar o auxílio de outras instâncias administrativas da Secretaria de Saúde.

VII - Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde ou pela **CONTRATADA.**

VIII - Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da **CAF - *COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO*** e participantes presentes.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela **CONTRATANTE**, se obrigando a fornecer, nos prazos propostos pela **CONTRATANTE**, os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades, não podendo recusar-se a fornecê-los, salvo motivos de força maior justificado, sob pena de não haver o repasse da parcela subsequente ou quaisquer das penalidades previstas.

Parágrafo Terceiro – Os responsáveis pela fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, deverá notificar a CONTRATADA com a ciência do secretario, por qualquer meio idôneo, a fim de seja sanada a irregularidade, que, persistindo, poderá o Secretário da Saúde tomar outras providências, como penalidades previstas e aos órgãos de controle interno e externo referidos na Cláusula Vigésima Segunda, bem como notificar o Ministério Público se for o caso.

Parágrafo Quarto – Compete à **CONTRATADA** fazer minucioso exame das especificações dos serviços por escrito, de modo a permitir em tempo apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas, sendo que o silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas pela Fiscalização.

Parágrafo Quinto – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da **CONTRATADA** no que concerne à execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sexto – No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do CONTRATO DE GESTÃO, a Fiscalização deverá encaminhar relatório ao Secretário de Saúde.

CAPÍTULO XIV
DOS CASOS DE FORÇA MAIOR

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Os motivos de caso fortuito ou força maior que possam impedir a **CONTRATADA** de cumprir as metas pactuadas deverão ser comunicados à **CONTRATANTE**, na primeira oportunidade e por escrito, sob a pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Único – Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração dos Planos de Trabalho, desde que por termo aditivo.

CAPÍTULO XV
DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Plano de Trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, a **CONTRATANTE** poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da CONTRATADA, cabível a aplicação do artigo 116 da Lei nº 8.666/1993, a critério da CONTRATANTE, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 da mesma Lei nº 8.666/1993, garantido o exercício do contraditório e a prévia defesa:

I - Advertência;

II – Multa de 20% (vinte por cento) por inexecução total do objeto sobre o valor contratado.

III- Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, respectivamente nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da **CONTRATADA**.

IV - Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO.

a) Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para aplicação de penalidade.

V - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela que tenha problemas técnicos ou descumprimento de metas, mais multa de 0,33 (trinta e três centésimos por cento) ao dia enquanto os problemas técnicos ou descumprimentos não forem sanados, contados da data que a Administração tiver comunicado a irregularidade á entidade.

a) Os problemas técnicos ou descumprimento de metas que perdurarem por mais 10 (dez) dias, serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para efeitos de aplicação das penalidades.

VI - Multa de 10% (dez por cento) por descumprimento de quaisquer das obrigações decorrentes do ajuste, que não estejam previstas nos subitens acima, a qual incidirá sobre o valor do instrumento contratual.

VII - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos.

VIII - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, respeitado o disposto no artigo 87, IV, da Lei 8.666/93.

IX- Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município de Guarulhos - SP.

Parágrafo Primeiro – A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula, dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo – As sanções previstas não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO, garantida ampla defesa prévia e contraditório da CONTRATADA.

Parágrafo Terceiro – As multas previstas não possuem caráter compensatório, de tal forma que seu pagamento não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto – As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria da Fazenda, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à **CONTRATADA** ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP.

Parágrafo Quinto – A aplicação das sanções estabelecidas são de competência do Secretário de Saúde.

Parágrafo Sexto – As sanções previstas poderão também ser aplicadas à **CONTRATADA**, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, caso tenha:

I - Sofrido condenação definitiva por praticar fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos por meios dolosos.

II - Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

Parágrafo Sétimo - As sanções serão aplicadas a critério da Administração. As multas referidas não impedem a aplicação de outras sanções previstas neste instrumento e na Lei 8.666/93, podendo ser aplicada isolada ou cumulativamente.

CAPÍTULO XVI
DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Em relação às sanções previstas na cláusula décima quinta deste CONTRATO DE GESTÃO que lhe sejam impostas, a **CONTRATADA** poderá interpor os seguintes Recursos Administrativos:

I - *Pedido de Reconsideração* perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da ciência da decisão;

II - *Pedido de Revisão de Sanção Administrativa* à autoridade imediatamente superior a ser encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Primeiro – Em hipótese alguma será conferido efeito suspensivo aos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta cláusula.

Parágrafo Segundo – O exercício do Pedido de Revisão de Sanção Administrativa dependerá da prévia interposição do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Terceiro – O provimento de quaisquer dos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta *cláusula* importará apenas na invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CAPÍTULO XVII
DA RESCISÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – A **CONTRATANTE**, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá ser rescindido unilateralmente o CONTRATO DE GESTÃO, na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Plano de Trabalho, e ainda:

I - Se houver por parte da **CONTRATADA**, má gestão culpa dolo, violação de lei, de disposição de seus Atos Constitutivos, do presente CONTRATO DE GESTÃO ou do respectivo Plano de Trabalho vigente.

II - Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

III - Se houver alterações dos Atos Constitutivos da **CONTRATADA** que impliquem modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Se houver a perda da qualificação como Organização Social por parte da **CONTRATADA**.

Parágrafo Primeiro – Na hipótese de resolução, a **CONTRATADA** deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do **CONTRATANTE** os bens móveis e imóveis cujo uso foi cedido, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo – Na decretação da rescisão, a **CONTRATADA** ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CAPÍTULO XVIII
DA RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Em caso de resilição unilateral por parte da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados.

Parágrafo único – A resilição unilateral será precedida de denúncia da CONTRATANTE, em prazo que atenda o interesse público.

CAPÍTULO XIX
DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – A publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP será providenciada pela **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 20 (vinte dias) da assinatura.

CAPÍTULO XX
DA TRANSIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA – Após a publicação do extrato deste CONTRATO DE GESTÃO no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP e do Estado, devidamente assinado pelas partes contratuais, a CONTRATADA receberá a *Unidade de Saúde,* objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, através de ATO DE TRANSIÇÃO a ser estabelecido com a atual entidade gestora da referida unidade de saúde, o qual implica a necessária assunção dos pacientes da unidade de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – A **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA** servidores públicos municipais de seu quadro de pessoal permanente, os quais, em ocorrendo a referida disponibilização por parte da **CONTRATANTE**, necessariamente deverão compor a equipe de profissionais que atuarão nas unidades de saúde a que se refere o presente CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Primeiro – Os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versem sobre a vida funcional dos servidores públicos cedidos serão mantidos entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**, sendo garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela **CONTRATADA** aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATANTE** deverá deduzir do montante total mensal a ser repassado à **CONTRATADA**, o valor financeiro mensal de seu gasto com folha de pagamento referente aos servidores públicos que forem cedidos à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, devendo ser observado para tanto que a dedução somente ocorrerá após validação da cessão do funcionário pela Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde, bem como o aceite da Organização Social.

Parágrafo Terceiro – A **CONTRATANTE** deverá providenciar a formalização do ato de cessão ou afastamento do servidor, sempre garantindo aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

Parágrafo Quarto – A execução das atividades profissionais por parte dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA,** junto às unidades de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza.

Parágrafo Quinto – A **CONTRATADA**, a qualquer tempo, poderá devolver aos quadros da **CONTRATANTE** servidor público que lhe foi cedido, com motivação justificada, que poderá ensejar abertura de Sindicância ou Processo Administrativo Disciplinar, se o caso.

Parágrafo Sexto – A **CONTRATANTE** poderá, a seu exclusivo critério, solicitar remoção de servidor público lotado em alguma das unidades de saúde referidas no presente CONTRATO DE GESTÃO, através de comunicação prévia, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo.

Parágrafo Sétimo – Observados os critérios administrativos municipais e mediante a observância da disponibilidade da Administração, o servidor público poderá solicitar sua transferência para outra unidade de saúde estranha ao objeto do CONTRATO DE GESTÃO, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo, sem prejuízo de sua alocação em outra unidade de saúde deste CONTRATO DE GESTÃO, nos moldes do *caput* dessa Cláusula.

Parágrafo Oitavo – À **CONTRATADA** é vedado o pagamento de vantagem pecuniária à que se refere o parágrafo primeiro a servidor cedido com recursos provenientes do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Nono – Para fins de execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, os primeiros 90 dias, após a assunção das unidades de saúde deste instrumento pela **CONTRATADA**, serão considerados como período de transição pela **CONTRATANTE**, que poderá mediante análise discricionária das justificativas apresentadas e comprovadas pela **CONTRATADA**, acolher ou não em detrimento dos termos do presente instrumento e anexos, somente pelo período considerado de transição, não gerando qualquer direito posterior da **CONTRATADA**, que deverá observar todas as disposições pactuadas.

CAPÍTULO XXI
DO CONTROLE INTERNO E EXTERNO

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – A **CONTRATANTE** providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município de Guarulhos no prazo de até 10 (dez) dias, contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no prazo de até 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato.

CAPÍTULO XXII
DO COMPROMISSO ARBITRAL

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – A critério da Administração, as partes obrigam-se a solucionar por meio de arbitragem, de forma definitiva, as controvérsias ou disputas relacionadas ao presente contrato e seus eventuais aditivos e documentos anexos a eles relacionados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – Não poderão ser objeto de arbitragem as questões relativas a direitos indisponíveis envolvendo a titularidade municipal do serviço concedido, o poder administrativo de fiscalização e de imposição de penalidades administrativas, a discussão sobre reequilíbrio econômico-financeiro ou qualquer matéria definida como indisponível pelos Tribunais Superiores de Justiça.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – A arbitragem será dirimida em uma das diversas Câmaras Arbitrais do Estado de São Paulo, preferencialmente com sede na cidade de São Paulo ou de Guarulhos, seguindo o regimento próprio da instituição escolhida.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – As decisões e a sentença arbitral, nos termos da Lei Federal nº 9.307/96, serão definitivas, líquidas, certas e vincularão as partes e seus sucessores, servindo como título executivo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – A parte vencida no procedimento arbitral arcará com todas as custas do procedimento, incluindo os honorários dos árbitros e peritos.

CAPÍTULO XXIII
DO FORO DE ELEIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – Fica eleito o Foro da Comarca de Guarulhos – SP, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CAPÍTULO XXIV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – Na contagem dos prazos é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, sendo para tanto, considerados sempre os dias consecutivos, salvo disposição em contrário, observando-se ainda que os prazos se iniciam e vencem somente em dias de expediente da Secretaria de Saúde.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO, em 02 (duas) vias, de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Guarulhos – SP, 01 de junho de 2022.

CONTRATANTE
Secretaria de Saúde de Guarulhos – SP
Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Secretário de Saúde

ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

CONTRATADA
Beneficência Hospitalar de Cesário Lange
Representante Legal

Testemunhas

1_____ 2_____

PREFEITURA DE GUARULHOS

SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DA SAÚDE
DIVISÃO ADM. DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES
SEÇÃO TÉC. DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

Fls. 26027
Proc.Adm. 30223/2021
Rubrica

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
CONTRATO DE GESTÃO COM O TERCEIRO SETOR

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS – SECRETARIA DA SAÚDE.
CONTRATADA: BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTATO DE GESTÃO N°(DE ORIGEM): 3422/2022-FMS
OBJETO: a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades: UPA SÃO JOÃO LAVRAS; UPA CUMBICA E PA MARIA DIRCE.
VALOR DO AJUSTE/VALOR (1): R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos).
EXERCÍCIO (1): 2022
ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL :(2)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. **Estamos CIENTES de que:**
   a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
   b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;
   c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
   d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
   e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.
2. **Damo-nos por NOTIFICADOS para:**
   a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
   b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Guarulhos, 01 de junho de 2022.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: GUSTAVO HENRIC COSTA
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 296.269.158-70

AUTORIDADE MÁXIMA DA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PARECER CONCLUSIVO:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO :

Nome: RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Cargo: Secretário da Saúde
CPF : 066.120.808-76
Assinatura:

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PRESTAÇÃO DE CONTAS:

PELA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70
Assinatura: ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

PA 30223/21
26029

INÍCIO TERMOS DE USO F.A.Q.

RELATÓRIO

▼ RELATÓRIO 1 - Arquivo de assinatura aprovado, em conformidade com a MP 2.200-2/2001

Data de verificação	01/06/2022 12:17:20 BRT
Versão do software	2.8.1
Nome do arquivo	Contrato de Gestão 3422-22 - UPAS - CESÁRIO LANGE ASSINADO.pdf
Resumo SHA256 do arquivo	3ecf0f2f08761f786881c88352ea45c336c6d7cdb5a96f1669ff7eb880954447

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o padrão
Cifra assimétrica	Aprovada
Resumo criptográfico	Correto
Atributos obrigatórios/opcionais	Aprovados
Certificados necessários	Nenhum certificado é necessário
Mensagem de alerta	Atualizações incrementais não verificadas

▶ Caminho de certificação

▶ Atributos

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o pad
Cifra assimétrica	Aprovada

AVALIE ESTE SERVIÇO

EXPANDIR ELEMENTOS

Modo escuro ☐

Atestado de Capacidade

Guarulhos, 17 de abril de 2025.

Atestamos, para todos os fins de direito, que a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida na Avenida São Paulo, 340, vila Brasil, Cesário Lange/SP que tem por objeto a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a serem realizadas nas **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA e SÃO JOÃO e PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE -** entre a PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, situada na Avenida Bom Clima, 91 – Bom Clima, inscrita no CNPJ nº 46.319.000/0001-50, neste ato representada pela sua Secretaria de Saúde e a Organização Social, conforme o Contrato de Gestão nº 03422/2022 – FMS que teve sua vigência desde 02 de junho de 2022, prazo de 24 (vinte e quatro) meses e prorrogado através do T.A 03-3422/2022 FMS até 01/06/2026.

Ø **UNIDADE SÃO JOÃO LAVRAS** está localizada na Estrada Guarulhos-Nazaré nº4.130 –Cidade Soberana, CEP 07162-000 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
14.000 atendimentos	**23.772**

Ø **UNIDADE CUMBICA** está localizada na Rua dos Jesuítas Nº 533 – Cidade Industrial Satélite de São Paulo, CEP 07231-070 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
10.000 atendimentos	**18.796**

Ø **UNIDADE ATENDIMENTO MARIA DIRCE** está localizada na Rua Ubatã nº 154 – Jardim Maria Dirce, CEP 07173-380, Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
11.000 atendimentos	**19.435**

Durante o período contratual, as unidades mantiveram as portas abertas de maneira ininterrupta 24 horas por dia nas especialidades de clínica médica, ortopedia, pediatria e odontologia (**UPA CUMBICA e SÃO JOÃO**) por 12 horas diurnas.

Rosangela Amorim de Moraes
CF: 77.100
Gestora de Contrato

Marcia Adriana Spanivello
CF: 63.035
Fiscal de Contrato

Sandra Regina Diniz R. Gehlen
CF: 60.686
Gerente de Projetos e Programas

Fernando Terumichi Pontes
CF: 63.492
Chefe de Divisão Técnica

Bruno Menon do Nascimento

Documento assinado eletronicamente por **Rosangela Amorim de Moraes**, **Especialista em Saúde**, em 22/04/2025, às 08:36, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Sandra Regina Diniz Rodrigues Gehlen**, **Gerência de Projetos e Programas**, em 22/04/2025, às 11:03, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Marcia Adriana Spanivello**, **Enfermeiro (a)**, em 22/04/2025, às 11:05, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Fernando Terumichi Pontes**, **Chefe de Divisão Técnica**, em 22/04/2025, às 11:07, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Menon do Nascimento**, **Diretor (a) de Departamento**, em 22/04/2025, às 15:56, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.guarulhos.sp.gov.br/sei/web/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1875079** e o código CRC **FCFE972B**.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 21/07/2025

CNES: 6916074 Nome Fantasia: UPA SAO JOAO LAVRAS CNPJ: --

Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: ESTRADA GUARULHOS NAZARE Número: 4130 Complemento: --

Bairro: CIDADE SOBERANA Município: 351880 - GUARULHOS UF: SP

CEP: 07162-000 Telefone: (11)2229-2240 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 0201

Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: UPA Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: JOSE CARLETTI JUNIOR

Cadastrado em: 18/12/2011 Atualização na base local: 14/07/2025 Última atualização Nacional: 18/07/2025

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 017 - IMUNIZACAO

Classificação Estabelecimento Saúde

008 - PRONTO ATENDIMENTO

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	6	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	2	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	6
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	2	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	6
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	6
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	6
AMBULATORIAL		
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	3	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	3	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CIPA
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS

ETICA MEDICA
REVISAO DE PRONTUARIOS
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 011	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO ODONTOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X Dentario	1	1	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Caneta de Alta Rotacao	20	20	SIM
Caneta de Baixa Rotacao	30	30	SIM
Compressor Odontologico	1	1	SIM
Equipo Odontologico	1	1	SIM
Fotopolimerizador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	1	1	SIM
Bomba de Infusao	18	18	SIM
Desfibrilador	7	7	SIM
Incubadora	2	1	SIM
Monitor de ECG	6	6	SIM

Monitor de Pressao Invasivo	4	4	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	30	10	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	59	59	SIM
Respirador/Ventilador	6	6	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	8	3	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Mantenedora

Nome	CNPJ	Logradouro
MUNICIPIO DE GUARULHOS	46319000000150	AVN BOM CLIMA

Bairro	Número	Complemento	CEP	Município	UF
BOM CLIMA	90		07196220	GUARULHOS	SP

Telefone	Região de Saúde	Agência	Conta Corrente
11-24758600	0201	0636X	6081X

Habilitações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Habilitações - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1302	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	NACIONAL	06/2012	06/2014	SAS 479	17/06/2014	18/6/2014	Desabilitado	

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1302	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	NACIONAL	06/2012	99/9999	PT GM 1319	28/06/2012	29/6/2012	Habilitado	

Regras Contratuais

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
7114	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SEM GERAÇÃO DE CRÉDITO TOTAL, INCLUSIVE FAEC - PRONTO ATENDIMENTO	NACIONAL	06/2014	99/9999	SAS/MS 461	11/06/2014		27/06/2014

Regras Contratuais - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8203	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO VIII	04/2013	10/2026	1412/GM/MS	28/09/2023		18/12/2011

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8243	UPA 24H NOVA OPCAO VIII	01/2012	99/9999	GM 1872	30/08/12		18/12/2011

Incentivos - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
8110	UPA - PORTE III	NACIONAL	03/2014	99/9999	GM 1872	30/08/2012	3/13/14 12:00 AM	Habilitado	
8110	UPA - PORTE III	NACIONAL	03/2014	11/2014	GM 1872	30/08/2012	11/25/14 12:00 AM	Desabilitado	
8203	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO VIII	NACIONAL	04/2013	12/2023	4082/GM/MS	23/11/2022	12/15/22 12:00 AM	Alterado	
8203	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO VIII	NACIONAL	04/2013	10/2026	1412/GM/MS	28/09/2023	10/3/23 12:00 AM	Alterado	
8203	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO VIII	NACIONAL	03/2014	05/2015	GM 738	05/05/2013	3/13/14 12:00 AM	Habilitado	
8203	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO VIII	NACIONAL	04/2013	99/9999	GM 738	05/05/13	10/29/14 12:00 AM	Habilitado	
8243	UPA 24H NOVA OPCAO VIII	NACIONAL	01/2012	99/9999	GM 1872	30/08/12	10/29/14 12:00 AM	Habilitado	

Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2015	01/04/2018	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2014	30/09/2014	15/03/2021	-

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2018	30/06/2018	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/07/2018	30/09/2018	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	02/04/2012	02/10/2014	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2012	31/03/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/04/2013	30/06/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2013	30/09/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/10/2013	31/12/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/01/2014	31/03/2014	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/04/2014	30/06/2014	15/03/2021	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2019	31/08/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/09/2019	30/09/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2020	31/03/2021	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/10/2018	31/03/2019	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	03/10/2014	31/03/2015	15/03/2021	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2022	01/06/2024	05/11/2024	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2024	01/06/2026	05/11/2024	-

Base Descentralizada

Nenhum resultado para a consulta realizada.

SAMU 192

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

VOLUME 3

Anexo: 06 - Comprovação Experiência Prévia na Condição de Mantenedora de Hospital Filantrópico, em Conformidade com a Portaria Nº 2.567/2016 Do Ministério da Saúde, que Estabelece Diretrizes para Hospitais Integrantes da Rede Filantrópica do SUS.

Anexo: 07 - Unidade de Pronto Atendimento Experiência em Gestão de UPA.

Anexo: 08 - Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, Diretoria Geral, Técnica, Administrativa/Financeira, Assistencial/Gerência de Enfermagem, de Titulação de Especialista em Administração Hospital ou Saúde Coletiva.

Anexo: 09 - Modelo de Manual de Patrimônio (a ser adaptado conforme necessidade da Instituição).

Anexo: 10 – Modelo de Manual de Almoxarifado (a ser adaptado conforme necessidade da Instituição).

Anexo: 11 - Detalhamento do Custeio das Alterações Contratuais em Decorrência das Datas Bases das Categorias e os Aspectos Macroeconômico do País.

Anexo: 12 - Detalhou o Custeio das Ações Voltadas para Acreditação pela ONA da Unidade de Acordo com a Vigência do Contrato, pelo Menos do Nível I.

ANEXO 6

Comprovação Experiência Prévia na Condição de Mantenedora de Hospital Filantrópico, em Conformidade com a Portaria Nº 2.567/2016 Do Ministério da Saúde, que Estabelece Diretrizes para Hospitais Integrantes da Rede Filantrópica do SUS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **MUNICÍCPIO DE CESÁRIO LANGE,** pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ nº 46.634.572/0001-23, com sede na Praça Adolfo Testa, 651, Centro, Cesário Lange, representado por **Sandra Paula Fernandes Jóia**, Secretária Municipal de Saúde **DECLARA**, para os fins que se fizerem necessários, notadamente a sua aptidão para desempenho e execução dos objetos pactuados com a **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, inscrita no CNPJ. 50.351.626/0001-10, inscrita no CNES nº 2082780 e no CREMESP sob o nº 904598, declarada de utilidade pública pela Lei Municipal nº 336, de 26 de Agosto de 1982, pelo Decreto Estadual nº 46.015, de 20 de Agosto de 2001 e pela Portaria do Ministro da Justiça no 14, de 07 de Janeiro de 2002, estabelecida na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, que possui capacidade técnica **Operacional e Profissional** em Gestão de serviços de saúde, valendo-se de toda a sua capacidade técnica instalada, mantendo sucessivos convênios com esta municipalidade:

Convênios nº 01/2016 e 02/2016:

Vigência: 28 de janeiro de 2016 a 03 de janeiro de 2021;

Objetos:

Convênio nº. 01/2016: Execução de serviços médicos hospitalares e ambulatoriais.

Convênio nº.02/2016: Gerenciamento e execução dos serviços médicos nas Unidades Básicas e Ambulatório de Especialidades Médicas do município, em consonância com as Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Cesário Lange-SMS/CL.

Convênios nº 01/2021 e 02/2021:

Vigência: 04 de janeiro de 2021 até a presenta data;

Objetos:

Convênio nº. 01/2021: Execução de serviços médicos hospitalares e ambulatoriais.

Convênio nº.02/2021: Gerenciamento e execução dos serviços médicos nas Unidades Básicas e Ambulatório de Especialidades Médicas do município, em consonância com as Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Cesário Lange-SMS/CL

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 15 de julho de 2024 17:11:11 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

R:Joaquim Ribeiro da Silva, Nº1351 – Centro - Cesário Lange
Tel. 15 3246-8056 / 15 99618-5871
Email: saude@cesariolange.sp.gov.br

Os instrumentos contratuais, aditivos e planos de trabalho estão disponíveis para consulta em: https://portaltransparencia.cidadeonline., os quais declaramos sua autenticidade.

Unidade própria para atendimento dos Convênios nº. 01/2016 e 01/2021 e Pactuação MAC:

UNIDADE
HOSPITAL GERAL - BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
PRONTO ATENDIMENTO – BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CAPACIDA INSTALADA- HOSPITALAR	QTDE
LEITOS	22
SALAS CIRURGIA	02
CONSULTÓRIOS	01
FARMÁCIA	01

CAPACIDA INSTALADA- URGÊNCIA e EMERGÊNCIA	QTDE
SALA DE EMERGÊNCIA	01
SALAS DE RETAGUARDA	01
CONSULTÓRIOS	02
SALA DE CURATIVO	01
SALA DE GESSO	01
SALA DE OBSERVAÇÃO	02
SALA DE MEDICAÇÃO	01

SERVIÇOS OFERTADOS	QTDE/MÊS

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 15 de julho de 2024 17:11:11 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

R:Joaquim Ribeiro da Silva, Nº1351 – Centro - Cesário Lange
Tel. 15 3246-8056 / 15 99618-5871
Email: saude@cesariolange.sp.gov.br

CIRURGIAS ELETIVAS	26
CIRURGIAS EMERGÊNCIA	03
EXAME DE IMAGEM (RAIO X)	450
ULTRASSONOGRAFIA	220
ECOCARDIOGRAMA	05
EXAMES LABORATORIAIS	250
ENDOSCOPIA	03
COLONOSCOPIA	05
ELETROCARDIOGRAMA	20
ELETROENCEFAOLOGRAMA	00
CURATIVOS	120
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	480
AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA	160
CONSULTA CIRUGIÃO GERAL	10
CONSULTA ANESTESIOLOGISTA	10

Atividades de urgência/ emergência

PRODUÇÃO (atendimentos)	MENSAL	ANUAL
Atendimento de clínica médica	2.900	34.800
Atendimento em ortopedia	50	600
Atendimento em enfermagem	2.400	28.800

Unidades Atendidas por meio dos Convênios nº 02/2016 e 02/2021:

UNIDADE	SCNES

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 15 de julho de 2024 17:11:11 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

R:Joaquim Ribeiro da Silva, Nº1351 – Centro - Cesário Lange
Tel. 15 3246-8056 / 15 99618-5871
Email: saude@cesariolange.sp.gov.br

CENTRAL DE REGULACAO SMS	7186320
UBS I BAIRRO DOS TORNINOS CESÁRIO LANGE	2036231
UBS I FAZENDA VELHA CESARIO LANGE	2073757
UBS IV LAZARO MENDES DE CASTANHO CESARIO LANGE	2065576
UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA DR MAURICIO	7385110

Produção realizada nas Unidades Básicas de Saúde:

PRODUÇÃO (atendimentos)	MENSAL	ANUAL
Clínica médica	652	7.824
Pediatria	400	4.800
Ginecologia/Obstetrícia	430	5.160
Cardiologia	160	1.920
Neurologia	120	1.440
Neuropediatria	40	480
Dermatologia (consulta)	60	720
Dermatologia (procedimentos)	40	480
Ortopedia	370	4.440
Oftalmologia	34	408
Psiquiatria	345	4.140
Clínica Geral ESF	05 médicos	05 médicos

Profissionais responsáveis pela execução:

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA GERAL:

Roberto Gonella Júnior, administrador

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 15 de julho de 2024 17:11:11 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

R:Joaquim Ribeiro da Silva, Nº1351 – Centro - Cesário Lange
Tel. 15 3246-8056 / 15 99618-5871
Email: saude@cesariolange.sp.gov.br

CRA/SP nº 104.518

RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO:

Marcelo Danellucci Licco

CRM/SP nº 208.842

RESPONSÁVEL TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Juliano Donizeti Coelho

COREN/SP 247.662

Registramos, ainda, que execução da pactuação apresenta até a presente data bom desempenho gerencial e operacional, tendo a conveniada cumprido fielmente com as obrigações assumidas, nada havendo há considerar que a desabone tecnicamente.

Cesário Lange, 16 de julho de 2024.

Sandra Paula Fernandes Jóia

Secretária Municipal

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 15 de julho de 2024 17:11:11 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 21/07/2025

CNES: 2082780 Nome Fantasia: BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE CNPJ: 50.351.626/0001-10

Nome Empresarial: BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: AVENIDA SAO PAULO Número: 340 Complemento: --

Bairro: VILA BRASIL Município: 351160 - CESARIO LANGE UF: SP

CEP: 18287-040 Telefone: (15)3246-1628 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: XVI

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: MARCELO DANELLUCCI LICCO

Cadastrado em: 25/02/2003 Atualização na base local: 04/07/2025 Última atualização Nacional: 06/07/2025

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	3999 - ASSOCIACAO PRIVADA

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	PARTICULAR
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	PARTICULAR
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
SADT	PARTICULAR
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PARTICULAR

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 009 - INTERNACAO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	1	1
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	2	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	4

SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		
CLINICAS INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	0
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
115	ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE PRONTUARIOS

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	2823020
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	2823020
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	2823020
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	2823020

145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	2823020
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	2823020
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	2823020
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	2823020
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	2823020
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 003	ATENCAO PSICOSSOCIAL	SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM	6562167

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL GERAL	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X ate 100 mA	1	0	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	1	1	SIM
Bomba de Infusao	2	2	SIM
Desfibrilador	3	3	SIM
Equipamento de Fototerapia	2	2	SIM
Incubadora	2	2	SIM
Monitor de ECG	3	3	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	4	4	SIM
Respirador/Ventilador	4	4	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	2	2	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	5	4
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	17	16
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CLINICA	2	1
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	3	2

Mantenedora

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Habilitações

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	0	15/04/2025	06/07/2025
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	0	15/04/2025	06/07/2025

Habilitações - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	15/4/2025	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	15/4/2025	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	15/4/2025	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	15/4/2025	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	15/4/2025	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	15/4/2025	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	15/4/2025	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	15/4/2025	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	10/5/2024	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	1/3/2023	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	8/9/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Alterado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Habilitado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2021	99/9999	CIB-76-210920	04/01/2022	4/1/2022	Habilitado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2020	12/2021	CIB-76-210920	08/11/2021	8/11/2021	Desabilitado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2020	12/2021	CIB-76-210920	08/11/2021	8/11/2021	Desabilitado	0
1901	LAQUEADURA	LOCAL	10/2020	99/9999	CIB-76-210920	08/11/2021	8/11/2021	Habilitado	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	10/2020	99/9999	CIB-76-210920	08/11/2021	8/11/2021	Habilitado	0

Regras Contratuais

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Regras Contratuais - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Base Descentralizada

Nenhum resultado para a consulta realizada.

SAMU 192

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

ESTADO DE SÃO PAULO

DECRETO Nº 46.015 , DE 20 DE AGOSTO DE 2001

Declara de utilidade pública a entidade que especifica.

GERALDO ALCKMIN, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições legais e à vista da manifestação do Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania,

D e c r e t a:

Artigo 1º - Fica declarada de utilidade pública a entidade denominada **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, inscrita no C.N.P.J. sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede em Cesário Lange.

Artigo 2º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

PALÁCIO DOS BANDEIRANTES, em 20 de agosto de 2001

GERALDO ALCKMIN

ATC/ABNE/fcr
(AC31/-DEC18)

IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO S.A. IMESP

Governo do Estado de São Paulo

Gabinete do Governador

São Paulo, 21 de agosto de 2001

É com satisfação que transmito a Vossa Senhoria cópia do Decreto nº 46.015, de 20 de agosto de 2001, que assinei declarando de utilidade pública a Beneficência Hospitalar de Cesário Lange.

Atenciosamente,

Geraldo Alckmin

RF

ANEXO 7

Unidade de Pronto Atendimento Experiência em Gestão de UPA.

Atestado de Capacidade

Guarulhos, 17 de abril de 2025.

Atestamos, para todos os fins de direito, que a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida na Avenida São Paulo, 340, vila Brasil, Cesário Lange/SP que tem por objeto a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a serem realizadas nas **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA e SÃO JOÃO e PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE -** entre a PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, situada na Avenida Bom Clima, 91 – Bom Clima, inscrita no CNPJ nº 46.319.000/0001-50, neste ato representada pela sua Secretaria de Saúde e a Organização Social, conforme o Contrato de Gestão nº 03422/2022 – FMS que teve sua vigência desde 02 de junho de 2022, prazo de 24 (vinte e quatro) meses e prorrogado através do T.A 03-3422/2022 FMS até 01/06/2026.

Ø **UNIDADE SÃO JOÃO LAVRAS** está localizada na Estrada Guarulhos-Nazaré nº4.130 –Cidade Soberana, CEP 07162-000 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
14.000 atendimentos	**23.772**

Ø **UNIDADE CUMBICA** está localizada na Rua dos Jesuítas Nº 533 – Cidade Industrial Satélite de São Paulo, CEP 07231-070 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
10.000 atendimentos	**18.796**

Ø **UNIDADE ATENDIMENTO MARIA DIRCE** está localizada na Rua Ubatã nº 154 – Jardim Maria Dirce, CEP 07173-380, Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
11.000 atendimentos	**19.435**

Durante o período contratual, as unidades mantiveram as portas abertas de maneira ininterrupta 24 horas por dia nas especialidades de clínica médica, ortopedia, pediatria e odontologia (**UPA CUMBICA e SÃO JOÃO**) por 12 horas diurnas.

Rosangela Amorim de Moraes
CF: 77.100
Gestora de Contrato

Marcia Adriana Spanivello
CF: 63.035
Fiscal de Contrato

Sandra Regina Diniz R. Gehlen
CF: 60.686
Gerente de Projetos e Programas

Fernando Terumichi Pontes
CF: 63.492
Chefe de Divisão Técnica

Bruno Menon do Nascimento

Diretor Financeiro (em exercício)

Documento assinado eletronicamente por **Rosangela Amorim de Moraes**, **Especialista em Saúde**, em 22/04/2025, às 08:36, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Sandra Regina Diniz Rodrigues Gehlen**, **Gerência de Projetos e Programas**, em 22/04/2025, às 11:03, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Marcia Adriana Spanivello**, **Enfermeiro (a)**, em 22/04/2025, às 11:05, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Fernando Terumichi Pontes**, **Chefe de Divisão Técnica**, em 22/04/2025, às 11:07, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Menon do Nascimento**, **Diretor (a) de Departamento**, em 22/04/2025, às 15:56, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.guarulhos.sp.gov.br/sei/web/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1875079** e o código CRC **FCFE972B**.

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO **N° 3422/2022-FMS** ESTABELECIDO ENTRE O MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP, ATRAVÉS DE SUA SECRETARIA DE SAÚDE E A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR CESÁRIO LANGE, QUE TEM POR OBJETO A GESTÃO COMPARTILHADA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DEMAIS AÇÕES DE SAÚDE A SEREM REALIZADAS NAS **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA E SÃO JOÃO LAVRAS** E **PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE** QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA.

Ao(s) **primeiro** dia(s) do mês de **junho** do ano de 2022, o **MUNICÍPIO DE GUARULHOS**, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, com sede nesta cidade na Rua Íris, nº 300, neste ato representado por seu Secretário de Saúde Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 17.355.446, inscrito no CPF sob o nº 066.120.808-76, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a (o) **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, sob n° CNPJ. 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida à Avenida São Paulo, 340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, CEP 18285-000, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, inscrito (a) no Registro Geral de Pessoas – RG sob o n° 12.249.262-6 expedido pela SSP inscrito (a) no CPF sob o n° 048.461.708-7, estabelecem o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, autuado no processo administrativo nº 30223/2021, que tem por objeto o Chamamento Público **nº 02/2022**.

CAPÍTULO I
DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

CLÁUSULA PRIMEIRA – Este CONTRATO DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Federal nº 9.637/1998, Lei Complementar Federal n° 101/2000, Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, pela Lei Federal 8.666/93, no que se aplicar; Lei Municipal nº 7.545/2017, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 34.210/2017, e pelos Decretos Municipais nº 33.703/2016 e nº 33.912/2017, 13019/2014 bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do **Edital de Chamamento Público** e de seus anexos, assim como pelas disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos anexos**.

CAPÍTULO II
DO OBJETO

CLÁUSULA SEGUNDA – Constitui objeto deste CONTRATO DE GESTÃO a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Primeiro – Constitui parte integrante do presente CONTRATO DE GESTÃO, seus anexos, relativo a unidade de saúde o qual refere o objeto deste, cujo conteúdo deverá ser observado tanto quanto o dispositivo descrito no corpo deste instrumento, no exercício de seu cumprimento, quais sejam:

ANEXOS:

a) **ANEXO I** – Plano de Trabalho UPA São João Lavras/ UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

b) **ANEXO II** – Cronograma de Desembolso da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce ;

c) **ANEXO III** – Planilha de Destinação dos Recursos Financeiros da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

d) **ANEXO IV** – Relação de Patrimônio das UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce.

e) **ANEXO V** – Modelo de Planilhas de Prestação de Contas

Parágrafo Segundo: O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderá ser acrescido e/ou suprimido no que se refere aos quantitativos e espécies de ações por ele regradas a serem executadas, na referida unidade de atendimento, observando-se sempre a manutenção da natureza, finalidade e identidade do objeto definido nos termos previstos pelo **Edital de Chamamento Público nº 02/2022.**

CAPÍTULO III
DO PLANO DE TRABALHO

CLÁUSULA TERCEIRA – O Plano de Trabalho relativo à unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I), é parte integrante deste instrumento contendo as especificações e quantitativos das metas a serem atingidas, bem como as metas qualitativas, seus respectivos prazos e regime de execução, assim como a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CLÁUSULA QUARTA – O prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO será de **24 (vinte e quatro) meses** a contar das **00h00 do dia 02/06/2022**.

CAPÍTULO V
DO VALOR GLOBAL E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

CLÁUSULA QUINTA – O valor global inicial deste CONTRATO DE GESTÃO é de a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Único – Para o exercício de 2022 é estimado o valor de **R$ 53.787.541,94 (Cinquenta e três milhões, setecentos e oitenta e sete mil, quinhentos e quarenta e um reais e noventa e quatro centavos)**, cuja despesa atenderá aos Programas de Trabalho (Anexo I), Natureza de Despesa **335085 – Contrato de Gestão**, Fonte **Tesouro** e/ou **Federal** e, nos exercícios subsequentes, atenderá o Plano de Trabalho e os que o suceder, respeitado os valores descritos no Cronograma de Desembolso relativos a unidade de saúde a qual se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

0791.1030200032.016.01.3100000.339039.001
0791.1030200032.016.05.3000157.339039.621

CAPÍTULO VI
DOS REPASSES E MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA SEXTA – Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos, o valor global inicial é de **R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos)**, e será repassado à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** na forma e nas condições dos Cronogramas de Desembolso (ANEXO II), em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais no valor de **R$ 7.720.699,80 (Sete milhões, setecentos e vinte mil, seiscentos e noventa e nove reais e oitenta centavos),** sendo que deste valor, destina-se à **Unidade de Pronto Atendimento SÃO JOÃO LAVRAS** o valor de **R$ 2.818.977,58 (Dois milhões, oitocentos e dezoito mil, novecentos e setenta e sete reais e cinquenta e oito centavos,** à **Unidade de Pronto Atendimento CUMBICA** o valor de **R$ 2.779.787,33 (Dois milhões, setecentos e setenta e nove mil, setecentos e oitenta e sete reais e trinta e três centavos)** e ao **Pronto Atendimento MARIA DIRCE** o valor de **R$ 2.121.934,89 (Dois milhões, cento e vinte e um mil, novecentos e trinta e quatro reais e oitenta e nove centavos)**.

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à **CONTRATADA** serão depositados em conta bancária em instituição financeira oficial (Banco do Brasil S.A. ou Caixa Econômica Federal S.A.).

Parágrafo Segundo – Os recursos repassados à **CONTRATADA** deverão ser depositados em contas correntes específicas e exclusivas destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO; a **CONTRATADA** deverá manter conta corrente distinta e individualizada, de tal forma que não sejam confundidos seus recursos respectivos com os de outra origem, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

Parágrafo Terceiro – Os saldos financeiros relativos à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em:

I - em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for de até 01 (um) mês;

II - em fundos de curto prazo ou;

III - em títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto – As aplicações financeiras descritas nos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração de capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno, bem como o resultado deverá ser obrigatoriamente utilizado no objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quinto – O repasse dos recursos se dará mensalmente, sendo a primeira parcela em até 15 (quinze) dias contados do início da vigência contratual e a partir da segunda parcela no 2º dia útil do mês corrente, obedecido o Cronograma de Desembolso da unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

Parágrafo Sexto - As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I) e com o respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II), salvo autorização prévia da **CONTRATANTE**, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I. Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II. Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.

III. Quando do não atendimento aos demais requisitos legais, inclusive o disposto no artigo 8º, inciso VII, da lei 7.545/2017.

IV. Quando das hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" do inciso XXIII, da CLÁUSULA NONA (DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA)

V. Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sétimo – Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no Plano de Trabalho, cabendo à CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* do presente CONTRATO DE GESTÃO verificar o percentual de atendimento das referidas metas.

Parágrafo Oitavo – A **CONTRATADA** poderá captar, assumindo em relação a tal captação inteira responsabilidade, recursos privados para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, hipótese esta em se implementando haverá alteração do Plano de Trabalho necessário à formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos, restando claro desde já que ambas as situações imprescindem de celebração de termo aditivo.

Parágrafo Nono – Fica vedada a utilização dos valores inerentes aos repasses orçamentários vinculados a este CONTRATO DE GESTÃO com despesas a título de taxa de administração global, conforme súmula 41 do TCE/SP.

Parágrafo Décimo – Os repasses orçamentários destinados ao pagamento das despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, sendo que as referidas despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento deverão ser as mesmas previstas detalhadamente no Plano de Trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à **CONTRATADA** a título de provisionamento inerente à previsão de valores necessários ao adimplemento de verbas rescisórias, pagamento de férias e décimos terceiros salários, deverá ser depositado em conta bancária específica, distinta daquela destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO, preferencialmente em conta poupança, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal e/ou saldo mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE,** ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo – Quando do término do presente CONTRATO DE GESTÃO, caso haja saldo para fins rescisórios ou de provisionamento obrigatório no fundo tratado no parágrafo anterior, os valores deverão ser restituídos à CONTRATANTE, para que seja disponibilizado para o mesmo fim em novo CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Terceiro – Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.

CAPÍTULO VII
DA REPACTUAÇÃO

CLÁUSULA SÉTIMA – Em havendo interesse público que justifique o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, e por conseguinte da respectiva dotação orçamentária específica para esse fim, os valores dos repasses financeiros para execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderão ser repactuados.

Parágrafo Primeiro - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pelo pagamento de despesas e custos vinculados à mão de obra principal necessária à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverá ser demonstrada pela **CONTRATADA** de forma analítica a variação dos referidos custos, em consonância com o preconizado por convenção ou acordo coletivos, ou ainda sentença normativa, que regem as categorias profissionais envolvidas;

Parágrafo Segundo - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pela variação dos demais custos e despesas necessárias à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, será adotado o *Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA*.

Parágrafo Terceiro - O pedido de repactuação por parte da **CONTRATADA** que tenha por objeto aumento de valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, ou quaisquer outros objetos de naturezas diversas, deverá ser apresentado pela **CONTRATADA** de forma justificada e instruído com planilha analítica demonstrativa, a fim de que seja submetido à análise da Secretaria de Saúde.

Parágrafo Quarto - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no Plano de Trabalho, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, convenção ou acordos coletivos.

CAPÍTULO VIII
OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA OITAVA – *São obrigações da* ***CONTRATANTE***:

I - Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II - Realizar o repasse de recursos na forma disposta nos Cronogramas de Desembolso relativo a Unidade de Pronto Atendimento a que se refere este

CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II), e na Cláusula Sexta deste mesmo instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

III - Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução das ações previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos públicos repassados à **CONTRATADA**, na forma disposta no Plano de Trabalho e neste instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle.

CAPÍTULO IX
DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA NONA – *São obrigações da* ***CONTRATADA****:*

I - Desenvolver em conjunto com a Secretaria de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho e na legislação aplicável;

II - Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários;

III - Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações, eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização empreendida pelo **CONTRATANTE**;

IV - Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pela **CONTRATANTE** e legislações pertinentes ao objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

V - Cumprir as metas relacionadas no Plano de Trabalho relativo a Unidades de Pronto Atendimento a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I);

VI - Providenciar a publicação na imprensa ou no sítio digital da própria organização Social, no prazo máximo de 30 dias (trinta dias) corridos a contar da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, sempre em consonância com os valores descritos no Projeto Técnico apresentado pela **CONTRATADA** quando da realização do certame.

VII - Elaborar os relatórios de execução do CONTRATO DE GESTÃO e submeter à aprovação da CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização*, bem como encaminhar, mensalmente, à **CONTRATANTE**, impreterivelmente, até dia 15 do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme o interesse público, ou a critério da Administração, os referidos relatórios contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, não podendo se recusar à submeter à aprovação, tampouco deixar de encaminhar os referidos relatórios, salvo motivos de força maior justificado, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos ;

VIII - Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção ou atualização dentre outros;

IX - Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos, bem como os bens móveis e imóveis privados, contratados pelo Município, que encontram-se na posse da contratada para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, sem qualquer direito à disposição ou retenção dos bens, inclusive no caso de encerramento do CONTRATO DE GESTÃO;

X - Responsabilizar-se com recursos repassados pela **CONTRATADA** pelas despesas inerentes ao fornecimento de água/esgoto, energia elétrica, gás, serviços de telefonia e *internet* relativos aos bens imóveis cujo uso tenha sido cedido à **CONTRATADA,** despesas estas que, a critério da Administração, poderão ser pagas pela **CONTRATANTE** e descontadas dos repasses a serem realizados à **CONTRATADA**, caso em que, as respectivas contas de consumo deverão ser enviadas à **CONTRATANTE** em tempo hábil para pagamento. São de responsabilidade de CONTRATADA, toda e qualquer despesa de consumo referente ao bem imóvel, tais como: energia, gás, agua/esgoto, telefonia, internet e outros caracterizados como consumo, impostos ou taxas pertencentes ao imóvel.

XI - Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, assim como pelos decorrentes encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais e comerciais, não excluindo ou reduzindo tal responsabilidade da **CONTRATADA**, as responsabilidades e prerrogativas da **CONTRATANTE** relativas à fiscalização da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XII - Zelar para que os recursos financeiros repassados pela **CONTRATANTE** sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no Plano de Trabalho, atentando sempre para a devida observância do princípio da economicidade;

XIII - Manter e movimentar os recursos em conta bancária específica do CONTRATO DE GESTÃO, com observância das normas constantes no CAPÍTULO X deste ajuste, admitindo-se pagamentos em espécie, desde que observados o limite de R$ 1.000,00 (mil reais);

XIV - A CONTRATADA deverá observar como limite de remuneração de seus funcionários, o salário do Prefeito Municipal, e a compatibilidade com os salários das categorias profissionais desta municipalidade, os casos não enquadrados deverão ser justificados e ficarão sob análise da CONTRATANTE.

XV - Prestar contas dos recursos repassados pela **CONTRATANTE**, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO;

XVI - Prestar sempre que solicitado quaisquer informações, inclusive as de natureza financeira, acerca da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XVII - Produzir, guardar e disponibilizar à **CONTRATANTE**, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos, durante todo o prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos;

XVIII - Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da **CONTRATANTE**, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIX - Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação, relativos às atividades de natureza pública gratuita, que devam ser executadas em virtude da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO ou da legislação aplicável;

XX - Manter atualizadas as informações cadastrais junto à **CONTRATANTE**, devendo comunicar à mesma, quaisquer alterações nos seus atos constitutivos em até 5 dias uteis;

XXI - Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais (Digitalizados e pesquisáveis) que comprovem as despesas realizadas para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

a) A CONTRATADA deverá adotar CNPJ filial especifico para cada Equipamento de Saúde para a execução do objeto deste Contrato de Gestão.

XXII - Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais de natureza técnica que deverão ser adotados para tanto;

XXIII - Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades do CONTRATO DE GESTÃO, respeitando o disposto no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, como também as que regem os conselhos de classe, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso;

XXIV - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado e de acordo com as respectivas Convenções Coletivas de Trabalho, pertinente à sua área de atuação, conforme descrito em seus atos constitutivos, no que se refere ao pagamento de salários e de benefícios de qualquer natureza a seus empregados e dirigentes;

XXV - Responsabilizar-se, na forma deste CONTRATO DE GESTÃO, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão de obra necessária à completa execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, até o término de seu prazo de vigência, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, pelas obrigações decorrentes da referida execução isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, devendo ser observado ainda o que segue:

a) em caso de ciência de ações trabalhistas movidas contra a **CONTRATADA** decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, nas quais entidades da Administração Pública do Município de Guarulhos tenham sido incluídas no polo passivo das referidas ações tanto como responsável subsidiário ou solidário, a **CONTRATANTE** poderá reter dos repasses devidos, o montante dos valores dela cobrados nas mesmas referidas ações, valores estes que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção, em caso de insuficiência, para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do objeto presente CONTRATO DE GESTÃO que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária da **CONTRATANTE**, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores que venham a ser cobrados da **CONTRATANTE** a este título, valores estes que poderão ser complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

c) as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência a **CONTRATANTE** da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e/ou previdenciários sendo que os valores inerentes às referidas retenções serão destinados ao pagamento das respectivas obrigações caso a **CONTRATANTE** seja compelida a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**;

d) Eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pela **CONTRATANTE** se houver justa causa devidamente fundamentada, ou seja, de forma criteriosa, apontando de forma objetiva o enquadramento da justa causa nos itens do artigo 482, da CLT.

XXVI - Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas no Chamamento Público durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO;

XXVII - Fornecer as informações e documentos exigidos nas alíneas do inciso XI, do Art. 4º do Decreto Municipal nº 33.703/2016.

XXVIII - Os equipamentos e instrumentais necessários para a realização das ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, bem como os adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE,** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser mantidos pela **CONTRATADA**, em perfeitas condições;

XXIX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos, deverão ter avaliação prévia e autorização da Secretaria da Saúde;

XXX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, serão automaticamente incorporados ao patrimônio da **CONTRATANTE**, hipótese esta em que a **CONTRATADA** hipótese esta em que a **CONTRATADA** deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, em duas vias juntamente com os relatórios de prestação de contas (01 via para fim de tombamento do patrimônio e outra para comprovação da despesa) juntamente com declaração emitida pela **CONTRATADA** de que os bens estão fisicamente na unidade de saúde, com menção da unidade onde são executadas as ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, e em perfeitas condições de uso;

XXXI - Enviar à **CAF** - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* todos os contratos de prestação de serviços e de fornecimento, assim como seus respectivos Anexos e eventuais Aditivos firmados pela **CONTRATADA** com prestadores, devidamente datados e assinados por todas as partes do contrato de prestação de serviços e de fornecimento, com a descrição de todos os serviços a serem prestados e/ou bens a serem fornecidos, metas a serem alcançadas, se for o caso, e respectiva descrição da forma de como serão medidas, bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país e, finalmente, se o caso de prestação de serviços, certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXII - Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço necessário e/ou que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem a cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o Plano de Trabalho e com o *Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras*, a ser aprovado pela CONTRATANTE e publicado pela **CONTRATADA**. Fornecer certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXIII - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, empregados, membros de sua Diretoria ou Conselho de Administração;

XXXIV - Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição, criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pela **CONTRATANTE**;

XXXV - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização da **CONTRATANTE** ou sob sua demanda, bem como o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direto público ou privado estabelecidos na Lei n.º 13.709/2018.

XXXVI - Atender às exigências da **CONTRATANTE** acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados e/ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela **CONTRATANTE**;

XXXVII - Os sistemas informatizados utilizados pela **CONTRATADA** deverão permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a **CONTRATANTE** já utilize ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO;

XXXVIII - Apresentar à **CONTRATANTE**, no prazo por ela definido, Plano Estratégico para as suas ações dos anos de vigência do CONTRATO DE GESTÃO, observando o Projeto Técnico e o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde (ANEXO I) bem como respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II) dos recursos a serem repassados à **CONTRATADA**;

XXXIX - Executar os serviços e demais ações de saúde previstas no objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO e no anexo Plano de Trabalho relativo a unidade de

saúde (ANEXO I), mantendo sempre obediência ao preconizado pela Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, e a devida observância dos princípios do SUS, e em especial:

a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

b) Integralidade de assistência, entendida como sendo esta o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;

c) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

d) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

e) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

f) Direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;

g) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XL - Quando da elaboração e apresentação dos Relatórios de Prestação de Contas, a **CONTRATADA** deverá observar:

a) A garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

b) A responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

c) A inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

XLI - Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da **CONTRATADA**, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLII - Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos - SP.

XLIII - Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria de Saúde.

XLIV - Afixar, em lugar visível das Unidades de Pronto Atendimento a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, aviso que contenha:

a) O símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria da Saúde e do Sistema Único de Saúde.

b) Informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município de Guarulhos - SP;

c) Indicação de que os serviços executados naquela unidade de saúde são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLV – Fornecer à CAF – Comissão de Acompanhamento e Fiscalização a relação de todas as empresas subcontratadas, previstas no Capítulo XII, admitidas em função do presente Contrato de Gestão, incluindo cópia dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também e mensalmente cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

XLVI – Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle, bem como fornecer toda e qualquer informação e documentação solicitados pelo CONTRATANTE no prazo estabelecido, sob pena de sanções administrativas, prevista na minuta.

XLVII – Cumprir todas as diretrizes do TCESP relativas á transparência de seus atos, notadamente quanto à divulgação pela via eletrônica, em seu sítio eletrônico, de todas as informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros: o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes; valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis

e os relatórios físico-financeiros de acompanhamento; regulamento de compras e contratação de pessoal.

CAPÍTULO X
DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

CLÁUSULA DÉCIMA – Os Relatórios de Prestação de Contas Financeiro deverão ser enviados, mensalmente, por via eletrônica e protocolados junto à **CONTRATANTE** até o dia 30 (trinta) do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, a critério da Administração.

Parágrafo Primeiro – O último Relatório de Prestação de Contas deverá ser protocolado em até 30 (trinta) dias após o término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhado do comprovante de devolução do saldo financeiro, se houver. O relatório deverá ser entregue junto à Divisão Técnica de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas do Departamento Financeiro da Saúde.

Parágrafo Segundo – **E** se constatar qualquer irregularidade na prestação de contas, deverá comunicar a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, imediatamente.

Parágrafo Terceiro – Os Relatórios de Prestação de Contas serão instruídos com os seguintes documentos, de forma individualizada por unidade de saúde:

I - Relatórios de execução financeira (DIRD – Demonstrativo Integral de Receitas e Despesas – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO V), discriminando a movimentação de valores, indicando o saldo inicial, os repasses, a apuração da rentabilidade financeira e o valor total de cada categoria de despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado,

II - Detalhamento de todas as despesas pertinentes a este CONTRATO DE GESTÃO no qual conste demonstrativo por centro de custo por tipo de despesa (Demonstrativo de Despesas por categoria – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO VI);

III - Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos ou quaisquer outros títulos de crédito que venham a ser utilizados para tanto, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante (Demonstrativo de Despesas Geral – conforme modelo à ser

fornecido – ANEXO VII);

IV - Cópias dos comprovantes de pagamentos de contas referentes ao fornecimento de água, energia elétrica, serviços de telefonia e *internet*, salvo quando as contas forem pagas pela **CONTRATANTE**, cujos valores serão descontados do repasse devido à **CONTRATADA**;.

V - Demonstrativo de conciliação do saldo bancário;

VI - Cópia do extrato das contas correntes bancárias e das aplicações financeiras referentes ao período compreendido entre cada um dos Relatórios de Prestação de Contas apresentados;

VII - Folha de pagamento discriminando: nome, números do CPF e CNES, função, carga horária, salário bruto e líquido, e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco;

VIII - Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social, FGTS, de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho e respectivas CTPS, devidamente anotadas;

IX - Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso III deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações;

X - Demonstrativo da projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT, com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas;

XI - extrato bancário (de conta específica para este fim), que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários contratados pelo regime da CLT;

XII - Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIII - Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas;

XIV - Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ ou consumo, discriminado o valor do custo unitário de cada item, assinado pela instituição com terceiros durante todo o período de vigência do CONTRATO DE GESTÃO;

XV - Comprovação de eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo, mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação do profissional autônomo contratado;

XVI - A documentação comprobatória prevista no inciso XIV, deverá ser acompanhada de mapa de rateio, especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com a **CONTRATANTE,** e se for o caso, com outros entes. JUSTIFICATIVA: O mapa de rateio é necessário para as despesas administrativas da matriz, onde é necessário demonstrar o rateio realizado entre os demais convênios/contratos que a O.S. tiver formalizado.

A) Todas as contratações de pessoal, serviços e compras, para fins de prestação de contas, deverão ser realizados no CNPJ da Filial.

Parágrafo Quarto – O repasse mensal à partir da 3ª (terceira) parcela ficará condicionada a entrega dos relatórios de prestação de contas referente ao repasse da 1ª parcela e assim sucessivamente na forma da Cláusula Décima e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Plano de Trabalho (ANEXO I) a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, não podendo recusar-se à encaminhar os referidos relatórios, salvo por motivos de força maior devidamente justificado.

Parágrafo Quinto – Somente serão recebidos pela **CONTRATANTE** os Relatórios de Prestação de Contas que estiverem devidamente instruídos com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Sexto – No caso de a **CONTRATANTE** verificar erro nos documentos apresentados que instruem os Relatórios de Prestação de Contas, serão os mesmos devolvidos à **CONTRATADA** até que sejam os referidos erros sanados, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos, sendo que a CONTRATADA terá 45 (quarenta e cinco) dias prorrogáveis, no máximo, por igual período, se necessário e a critério da CONTRATANTE (art. 148, VIII da IN 01/2020 TCE).

Parágrafo Sétimo – Cada folha dos Relatórios de Prestação de Contas deverá conter rubrica do representante legal da **CONTRATADA**, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo.

Parágrafo Oitavo – Os Relatórios de Prestação de Contas deverão ser elaborados levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Nono – A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado dos Relatórios de Prestação de Contas correspondentes aos respectivos exercícios financeiros.

Parágrafo Décimo - Caberá à **CONTRATADA** promover até o dia 30 de Abril de cada ano e, no caso de serem transmitidos através do Sistema Público de Escrituração (Sped), até o último dia do mês de maio do ano, a publicação integral na Imprensa, dos relatórios de execução financeira e de cumprimento de metas e de execução deste CONTRATO DE GESTÃO aprovados por seu Conselho de Administração, bem como do balanço patrimonial e demais prestação de contas, sem prejuízo de sua análise pelo Tribunal de Contas de São Paulo.

Parágrafo Décimo Primeiro - Os Relatórios de Execução servirão de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Segundo - Todos os valores relativos a despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela **CONTRATANTE** como pertinentes à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser ressarcidos à **CONTRATANTE** através de depósito em conta específica a ser determinada pela **CONTRATANTE** com demonstração por meio de extrato bancário, no prazo determinado.

Parágrafo Décimo Terceiro - Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores, somente sendo aceitos recibos e notas fiscais emitidos em data

posterior à assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos termos aditivos.

Parágrafo Décimo Quarto – Nos contratos firmados entre a CONTRATADA e terceiros, no momento da atestação do recebimento do seu objeto, o valor unitário de cada item que o compõe deverá constar na nota fiscal a ser atestada, bem como em todos os recibos emitidos, o que deverá ser atestado, em ambos os casos, pelo diretor da unidade de saúde beneficiada.

Parágrafo Décimo Quinto – As notas fiscais apresentadas deverão estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a identificação deste Contrato de Gestão.

Parágrafo Décimo Sexto – A **CONTRATADA** deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

CAPÍTULO XI
CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis da Unidade de Pronto Atendimento devidamente identificados no objeto deste instrumento, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação.

Parágrafo Primeiro – Os bens imóveis de que trata o *caput* desta cláusula deverão ser recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO e deverão ser devolvidos quando do término do prazo de vigência do presente ou qualquer forma de resolução do CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO.

Parágrafo Segundo – É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Terceiro - Obriga-se a **CONTRATADA** em relação aos bens imóveis cedidos:

I - Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste CONTRATO DE GESTÃO, em perfeitas condições de

uso e conservação, sob a pena de, a critério da **CONTRATANTE**, arcar com o pagamento relativo ao conserto dos danos ou de quaisquer outros prejuízos.

II - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral e predial, incluindo nas mesmas, a reposição de peças;

III - Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO aos bens móveis e imóveis cedidos.

IV - Arcar com todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, taxas, tarifas e preços públicos.

V - Retirar às suas expensas, caso solicitado pela **CONTRATANTE**, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem nos imóveis cedidos, ainda que a ele provisoriamente agregados.

VI - Providenciar o seguro contra incêndio relativo aos bens móveis e imóveis descritos no *caput* desta cláusula, apresentando à **CONTRATANTE** a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento, bem como manter o AVCB em dia.

Parágrafo Quarto – Em relação aos bens móveis cedidos descritos no *caput* desta cláusula, obriga-se a **CONTRATADA**:

I - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, para após serem recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO.

II - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios a cada quadrimestre e fornecer as informações após a realização do inventario, enviado juntamente com a prestação de contas.

III - Devolver todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando do término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme identificação prévia deles por prepostos de ambas as partes;

IV - Em caso de furto ou roubo de equipamentos a contratada devera apresentar boletim de ocorrência e a reposição em até 5 dias uteis, obedecendo o manual de compras e contratações da Contratada.

Parágrafo Quinto - A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados em bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, precedido em ambos os casos de autorização da CONTRATANTE, bem como as benfeitorias realizadas, igualmente precedida de autorização da CONTRATANTE, serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, salvo se necessárias, condicionada a retirada à prévia autorização do **CONTRATANTE**.

CAPÍTULO XII
DA SUBCONTRATAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – É vedada a subcontratação de quaisquer outras pessoas jurídicas ou físicas que tenha por objeto a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como a cessão total ou parcial do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pela **CONTRATADA,** sob pena de rescisão contratual, sem prejuízo de outras penalidades.

Parágrafo Primeiro – Nos casos de subcontratação de serviços auxiliares (lavanderia, enxovais, segurança, portaria, limpeza, hotelaria, informática, serviços de comunicação, manutenção, retirada de resíduos hospitalares, seguros, esterilizações, armazenamento de documentos, controle de pragas, tratamento de água, serviços de hemoterapia, locação de equipamentos, fornecimento de gases medicinais, fornecimento insumos e materiais, bem como de demais serviços pertinentes, acordados entre CONTRATADA e CONTRATANTE), o ente subcontratado será responsável, solidariamente à **CONTRATADA**, no que couber, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente por aquelas referentes aos encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

Parágrafo Segundo – No caso de subcontratação de serviços auxiliares, a CONTRATADA somente poderá subcontratar desde que conste no contrato celebrado para tal fim a imposição de fornecer a relação de todas as subcontratadas admitidas em função do CONTRATO DE GESTÃO, incluindo cópias dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também mensalmente cópia dos registros

de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados à título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

CAPÍTULO XIII
DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá à **CONTRATANTE**, em especial à **CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** nomeada por Portaria do Secretário de Saúde, a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro – **A CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** no exercício de suas atribuições de gestão e fiscalização deste CONTRATO DE GESTÃO, realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, sendo investida das prerrogativas necessárias à execução das seguintes atividades:

I - Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços.

II - Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, principalmente em relação às metas assistenciais.

III - Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Avaliar os indicadores de acompanhamento, avaliação e metas.

V - Elaborar Relatórios de Avaliação da Execução deste CONTRATO DE GESTÃO através dos dados analisados.

VI - Avaliar os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho em confronto com as metas pactuadas, podendo para tanto solicitar o auxílio de outras instâncias administrativas da Secretaria de Saúde.

VII - Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde ou pela **CONTRATADA.**

VIII - Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da **CAF - *COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO*** e participantes presentes.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela **CONTRATANTE**, se obrigando a fornecer, nos prazos propostos pela **CONTRATANTE**, os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades, não podendo recusar-se a fornecê-los, salvo motivos de força maior justificado, sob pena de não haver o repasse da parcela subsequente ou quaisquer das penalidades previstas.

Parágrafo Terceiro – Os responsáveis pela fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, deverá notificar a CONTRATADA com a ciência do secretario, por qualquer meio idôneo, a fim de seja sanada a irregularidade, que, persistindo, poderá o Secretário da Saúde tomar outras providências, como penalidades previstas e aos órgãos de controle interno e externo referidos na Cláusula Vigésima Segunda, bem como notificar o Ministério Público se for o caso.

Parágrafo Quarto – Compete à **CONTRATADA** fazer minucioso exame das especificações dos serviços por escrito, de modo a permitir em tempo apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas, sendo que o silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas pela Fiscalização.

Parágrafo Quinto – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da **CONTRATADA** no que concerne à execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sexto – No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do CONTRATO DE GESTÃO, a Fiscalização deverá encaminhar relatório ao Secretário de Saúde.

CAPÍTULO XIV
DOS CASOS DE FORÇA MAIOR

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Os motivos de caso fortuito ou força maior que possam impedir a **CONTRATADA** de cumprir as metas pactuadas deverão ser comunicados à **CONTRATANTE**, na primeira oportunidade e por escrito, sob a pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Único – Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração dos Planos de Trabalho, desde que por termo aditivo.

CAPÍTULO XV
DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Plano de Trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, a **CONTRATANTE** poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da CONTRATADA, cabível a aplicação do artigo 116 da Lei nº 8.666/1993, a critério da CONTRATANTE, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 da mesma Lei nº 8.666/1993, garantido o exercício do contraditório e a prévia defesa:

I - Advertência;

II – Multa de 20% (vinte por cento) por inexecução total do objeto sobre o valor contratado.

III- Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, respectivamente nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da **CONTRATADA**.

IV - Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO.

a) Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para aplicação de penalidade.

V - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela que tenha problemas técnicos ou descumprimento de metas, mais multa de 0,33 (trinta e três centésimos por cento) ao dia enquanto os problemas técnicos ou descumprimentos não forem sanados, contados da data que a Administração tiver comunicado a irregularidade á entidade.

a) Os problemas técnicos ou descumprimento de metas que perdurarem por mais 10 (dez) dias, serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para efeitos de aplicação das penalidades.

VI - Multa de 10% (dez por cento) por descumprimento de quaisquer das obrigações decorrentes do ajuste, que não estejam previstas nos subitens acima, a qual incidirá sobre o valor do instrumento contratual.

VII - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos.

VIII - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, respeitado o disposto no artigo 87, IV, da Lei 8.666/93.

IX- Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município de Guarulhos - SP.

Parágrafo Primeiro – A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula, dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo – As sanções previstas não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO, garantida ampla defesa prévia e contraditório da CONTRATADA.

Parágrafo Terceiro – As multas previstas não possuem caráter compensatório, de tal forma que seu pagamento não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto – As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria da Fazenda, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à **CONTRATADA** ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP.

Parágrafo Quinto – A aplicação das sanções estabelecidas são de competência do Secretário de Saúde.

Parágrafo Sexto – As sanções previstas poderão também ser aplicadas à **CONTRATADA**, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, caso tenha:

I - Sofrido condenação definitiva por praticar fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos por meios dolosos.

II - Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

Parágrafo Sétimo - As sanções serão aplicadas a critério da Administração. As multas referidas não impedem a aplicação de outras sanções previstas neste instrumento e na Lei 8.666/93, podendo ser aplicada isolada ou cumulativamente.

CAPÍTULO XVI
DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Em relação às sanções previstas na cláusula décima quinta deste CONTRATO DE GESTÃO que lhe sejam impostas, a **CONTRATADA** poderá interpor os seguintes Recursos Administrativos:

I - *Pedido de Reconsideração* perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da ciência da decisão;

II - *Pedido de Revisão de Sanção Administrativa* à autoridade imediatamente superior a ser encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Primeiro – Em hipótese alguma será conferido efeito suspensivo aos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta cláusula.

Parágrafo Segundo – O exercício do Pedido de Revisão de Sanção Administrativa dependerá da prévia interposição do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Terceiro – O provimento de quaisquer dos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta *cláusula* importará apenas na invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CAPÍTULO XVII
DA RESCISÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – A **CONTRATANTE**, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá ser rescindido unilateralmente o CONTRATO DE GESTÃO, na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Plano de Trabalho, e ainda:

I - Se houver por parte da **CONTRATADA**, má gestão culpa dolo, violação de lei, de disposição de seus Atos Constitutivos, do presente CONTRATO DE GESTÃO ou do respectivo Plano de Trabalho vigente.

II - Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

III - Se houver alterações dos Atos Constitutivos da **CONTRATADA** que impliquem modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Se houver a perda da qualificação como Organização Social por parte da **CONTRATADA**.

Parágrafo Primeiro – Na hipótese de resolução, a **CONTRATADA** deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do **CONTRATANTE** os bens móveis e imóveis cujo uso foi cedido, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo – Na decretação da rescisão, a **CONTRATADA** ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CAPÍTULO XVIII
DA RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Em caso de resilição unilateral por parte da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados.

Parágrafo único – A resilição unilateral será precedida de denúncia da CONTRATANTE, em prazo que atenda o interesse público.

CAPÍTULO XIX
DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – A publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP será providenciada pela **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 20 (vinte dias) da assinatura.

CAPÍTULO XX
DA TRANSIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA – Após a publicação do extrato deste CONTRATO DE GESTÃO no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP e do Estado, devidamente assinado pelas partes contratuais, a CONTRATADA receberá a *Unidade de Saúde,* objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, através de ATO DE TRANSIÇÃO a ser estabelecido com a atual entidade gestora da referida unidade de saúde, o qual implica a necessária assunção dos pacientes da unidade de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – A **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA** servidores públicos municipais de seu quadro de pessoal permanente, os quais, em ocorrendo a referida disponibilização por parte da **CONTRATANTE**, necessariamente deverão compor a equipe de profissionais que atuarão nas unidades de saúde a que se refere o presente CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Primeiro – Os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versem sobre a vida funcional dos servidores públicos cedidos serão mantidos entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**, sendo garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela **CONTRATADA** aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATANTE** deverá deduzir do montante total mensal a ser repassado à **CONTRATADA**, o valor financeiro mensal de seu gasto com folha de pagamento referente aos servidores públicos que forem cedidos à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, devendo ser observado para tanto que a dedução somente ocorrerá após validação da cessão do funcionário pela Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde, bem como o aceite da Organização Social.

Parágrafo Terceiro – A **CONTRATANTE** deverá providenciar a formalização do ato de cessão ou afastamento do servidor, sempre garantindo aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

Parágrafo Quarto – A execução das atividades profissionais por parte dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA,** junto às unidades de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza.

Parágrafo Quinto – A **CONTRATADA**, a qualquer tempo, poderá devolver aos quadros da **CONTRATANTE** servidor público que lhe foi cedido, com motivação justificada, que poderá ensejar abertura de Sindicância ou Processo Administrativo Disciplinar, se o caso.

Parágrafo Sexto – A **CONTRATANTE** poderá, a seu exclusivo critério, solicitar remoção de servidor público lotado em alguma das unidades de saúde referidas no presente CONTRATO DE GESTÃO, através de comunicação prévia, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo.

Parágrafo Sétimo – Observados os critérios administrativos municipais e mediante a observância da disponibilidade da Administração, o servidor público poderá solicitar sua transferência para outra unidade de saúde estranha ao objeto do CONTRATO DE GESTÃO, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo, sem prejuízo de sua alocação em outra unidade de saúde deste CONTRATO DE GESTÃO, nos moldes do *caput* dessa Cláusula.

Parágrafo Oitavo – À **CONTRATADA** é vedado o pagamento de vantagem pecuniária à que se refere o parágrafo primeiro a servidor cedido com recursos provenientes do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Nono – Para fins de execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, os primeiros 90 dias, após a assunção das unidades de saúde deste instrumento pela **CONTRATADA**, serão considerados como período de transição pela **CONTRATANTE**, que poderá mediante análise discricionária das justificativas apresentadas e comprovadas pela **CONTRATADA**, acolher ou não em detrimento dos termos do presente instrumento e anexos, somente pelo período considerado de transição, não gerando qualquer direito posterior da **CONTRATADA**, que deverá observar todas as disposições pactuadas.

CAPÍTULO XXI
DO CONTROLE INTERNO E EXTERNO

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – A **CONTRATANTE** providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município de Guarulhos no prazo de até 10 (dez) dias, contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no prazo de até 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato.

CAPÍTULO XXII
DO COMPROMISSO ARBITRAL

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – A critério da Administração, as partes obrigam-se a solucionar por meio de arbitragem, de forma definitiva, as controvérsias ou disputas relacionadas ao presente contrato e seus eventuais aditivos e documentos anexos a eles relacionados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – Não poderão ser objeto de arbitragem as questões relativas a direitos indisponíveis envolvendo a titularidade municipal do serviço concedido, o poder administrativo de fiscalização e de imposição de penalidades administrativas, a discussão sobre reequilíbrio econômico-financeiro ou qualquer matéria definida como indisponível pelos Tribunais Superiores de Justiça.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – A arbitragem será dirimida em uma das diversas Câmaras Arbitrais do Estado de São Paulo, preferencialmente com sede na cidade de São Paulo ou de Guarulhos, seguindo o regimento próprio da instituição escolhida.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – As decisões e a sentença arbitral, nos termos da Lei Federal nº 9.307/96, serão definitivas, líquidas, certas e vincularão as partes e seus sucessores, servindo como título executivo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – A parte vencida no procedimento arbitral arcará com todas as custas do procedimento, incluindo os honorários dos árbitros e peritos.

CAPÍTULO XXIII
DO FORO DE ELEIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – Fica eleito o Foro da Comarca de Guarulhos – SP, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CAPÍTULO XXIV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – Na contagem dos prazos é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, sendo para tanto, considerados sempre os dias consecutivos, salvo disposição em contrário, observando-se ainda que os prazos se iniciam e vencem somente em dias de expediente da Secretaria de Saúde.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO, em 02 (duas) vias, de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Guarulhos – SP, 01 de junho de 2022.

CONTRATANTE
Secretaria de Saúde de Guarulhos – SP
Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Secretário de Saúde

ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

CONTRATADA
Beneficência Hospitalar de Cesário Lange
Representante Legal

Testemunhas

1_____ 2_____

PREFEITURA DE GUARULHOS

SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DA SAÚDE
DIVISÃO ADM. DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES
SEÇÃO TÉC. DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

Fls. 26027
Proc.Adm. 30223/2021
Rubrica

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
CONTRATO DE GESTÃO COM O TERCEIRO SETOR

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS – SECRETARIA DA SAÚDE.
CONTRATADA: BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTATO DE GESTÃO N°(DE ORIGEM): 3422/2022-FMS
OBJETO: a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades: UPA SÃO JOÃO LAVRAS; UPA CUMBICA E PA MARIA DIRCE.
VALOR DO AJUSTE/VALOR (1): R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos).
EXERCÍCIO (1): 2022
ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL :(2)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. **Estamos CIENTES de que:**
   a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
   b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;
   c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
   d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
   e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.
2. **Damo-nos por NOTIFICADOS para:**
   a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
   b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Guarulhos, 01 de junho de 2022.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: GUSTAVO HENRIC COSTA
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 296.269.158-70

AUTORIDADE MÁXIMA DA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PARECER CONCLUSIVO:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO :

Nome: RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Cargo: Secretário da Saúde
CPF : 066.120.808-76
Assinatura:

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PRESTAÇÃO DE CONTAS:

PELA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70
Assinatura: ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

PA 30223/21
26029

INÍCIO TERMOS DE USO F.A.Q.

RELATÓRIO

▼ RELATÓRIO 1 - Arquivo de assinatura aprovado, em conformidade com a MP 2.200-2/2001

Data de verificação	01/06/2022 12:17:20 BRT
Versão do software	2.8.1
Nome do arquivo	Contrato de Gestão 3422-22 - UPAS - CESÁRIO LANGE ASSINADO.pdf
Resumo SHA256 do arquivo	3ecf0f2f08761f786881c88352ea45c336c6d7cdb5a96f1669ff7eb880954447

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o padrão
Cifra assimétrica	Aprovada
Resumo criptográfico	Correto
Atributos obrigatórios/opcionais	Aprovados
Certificados necessários	Nenhum certificado é necessário
Mensagem de alerta	Atualizações incrementais não verificadas

▶ Caminho de certificação

▶ Atributos

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o pad
Cifra assimétrica	Aprovada

AVALIE ESTE SERVIÇO

EXPANDIR ELEMENTOS

Modo escuro ☐

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 21/07/2025

CNES: 9400109 Nome Fantasia: UPA CUMBICA CNPJ: --

Nome Empresarial: MUNICIPIO DE GUARULHOS Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA DOS JESUITAS Número: 533 Complemento: --

Bairro: CIDADE IND SATELITE Município: 351880 - GUARULHOS UF: SP

CEP: 07231-060 Telefone: (11)2088-4050 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 0201

Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: UPA Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: CASSIO LUIZ MIURA

Cadastrado em: 27/12/2017 Atualização na base local: 30/06/2025 Última atualização Nacional: 18/07/2025

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 017 - IMUNIZACAO

Classificação Estabelecimento Saúde

008 - PRONTO ATENDIMENTO

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	5	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	2	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	4
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	4
AMBULATORIAL		
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	3	0

SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	2	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO E TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CIPA

ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA
NOTIFICACAO DE DOENCAS
REVISAO DE PRONTUARIOS
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 011	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO ODONTOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		

NÃO

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X Dentario	1	1	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Caneta de Alta Rotacao	28	23	SIM
Compressor Odontologico	3	3	SIM
Equipo Odontologico	1	1	SIM
Fotopolimerizador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	1	1	SIM
Bomba de Infusao	13	13	SIM
Desfibrilador	4	4	SIM
Incubadora	2	2	SIM

Monitor de ECG	3	3	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	37	37	SIM
Respirador/Ventilador	6	6	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	4	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
OFTALMOSCOPIO	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Mantenedora

Nome	CNPJ	Logradouro
MUNICIPIO DE GUARULHOS	46319000000150	AVN BOM CLIMA

Bairro	Número	Complemento	CEP	Município	UF
BOM CLIMA	90		07196220	GUARULHOS	SP

Telefone	Região de Saúde	Agência	Conta Corrente
11-24758600	0201	0636X	6081X

Habilitações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Habilitações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Regras Contratuais

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
7104	ESTABELECIMENTO DE SAUDE SEM GERACAO DE CREDITO NA ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	LOCAL	09/2019	99/9999	PT GM 2295	02/09/2019		20/09/2019
7114	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SEM GERAÇÃO DE CRÉDITO TOTAL, INCLUSIVE FAEC - PRONTO ATENDIMENTO	NACIONAL	10/2023	10/2026	1361/GM/MS	28/09/2023		03/10/2023

Regras Contratuais - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
7104	ESTABELECIMENTO DE SAUDE SEM GERACAO DE CREDITO NA ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	LOCAL	09/2019	99/9999	PT GM 2295	02/09/2019	9/20/19 12:00 AM	Habilitado	
7114	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SEM GERAÇÃO DE CRÉDITO TOTAL, INCLUSIVE FAEC - PRONTO ATENDIMENTO	NACIONAL	10/2023	10/2026	1361/GM/MS	28/09/2023	10/3/23 12:00 AM	Alterado	
7114	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SEM GERAÇÃO DE CRÉDITO TOTAL, INCLUSIVE FAEC - PRONTO ATENDIMENTO	NACIONAL	10/2023	99/9999	1361/GM/MS	28/09/2023	10/3/23 12:00 AM	Habilitado	

Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8202	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO V	10/2023	10/2026	1361/GM/MS	28/09/2023		02/10/2023
8242	UPA 24H NOVA OPCAO V	09/2019	99/9999	PT GM 2295	02/09/2019		20/09/2019

Incentivos - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
8202	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO V	NACIONAL	10/2023	10/2026	1361/GM/MS	28/09/2023	10/3/23 12:00 AM	Alterado	
8202	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO V	NACIONAL	10/2023	10/2026	1361/GM/MS	28/09/2023	10/2/23 12:00 AM	Habilitado	
8242	UPA 24H NOVA OPCAO V	NACIONAL	09/2019	99/9999	PT GM 2295	02/09/2019	9/20/19 12:00 AM	Habilitado	

Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/10/2018	31/03/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	31/01/2018	01/04/2018	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2018	30/06/2018	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/07/2018	30/09/2018	02/06/2020	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2022	01/06/2024	05/11/2024	-

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2019	31/08/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/09/2019	30/09/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2020	31/03/2021	02/06/2020	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2024	01/06/2026	05/11/2024	-

Base Descentralizada

Nenhum resultado para a consulta realizada.

SAMU 192

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

Atestado de Capacidade

Guarulhos, 17 de abril de 2025.

Atestamos, para todos os fins de direito, que a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida na Avenida São Paulo, 340, vila Brasil, Cesário Lange/SP que tem por objeto a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a serem realizadas nas **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA e SÃO JOÃO e PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE -** entre a PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, situada na Avenida Bom Clima, 91 – Bom Clima, inscrita no CNPJ nº 46.319.000/0001-50, neste ato representada pela sua Secretaria de Saúde e a Organização Social, conforme o Contrato de Gestão nº 03422/2022 – FMS que teve sua vigência desde 02 de junho de 2022, prazo de 24 (vinte e quatro) meses e prorrogado através do T.A 03-3422/2022 FMS até 01/06/2026.

Ø **UNIDADE SÃO JOÃO LAVRAS** está localizada na Estrada Guarulhos-Nazaré nº4.130 –Cidade Soberana, CEP 07162-000 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
14.000 atendimentos	**23.772**

Ø **UNIDADE CUMBICA** está localizada na Rua dos Jesuítas Nº 533 – Cidade Industrial Satélite de São Paulo, CEP 07231-070 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
10.000 atendimentos	**18.796**

Ø **UNIDADE ATENDIMENTO MARIA DIRCE** está localizada na Rua Ubatã nº 154 – Jardim Maria Dirce, CEP 07173-380, Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
11.000 atendimentos	**19.435**

Durante o período contratual, as unidades mantiveram as portas abertas de maneira ininterrupta 24 horas por dia nas especialidades de clínica médica, ortopedia, pediatria e odontologia (**UPA CUMBICA e SÃO JOÃO**) por 12 horas diurnas.

Rosangela Amorim de Moraes
CF: 77.100
Gestora de Contrato

Marcia Adriana Spanivello
CF: 63.035
Fiscal de Contrato

Sandra Regina Diniz R. Gehlen
CF: 60.686
Gerente de Projetos e Programas

Fernando Terumichi Pontes
CF: 63.492
Chefe de Divisão Técnica

Bruno Menon do Nascimento

Diretor Financeiro (em exercício)

Documento assinado eletronicamente por **Rosangela Amorim de Moraes**, **Especialista em Saúde**, em 22/04/2025, às 08:36, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Sandra Regina Diniz Rodrigues Gehlen**, **Gerência de Projetos e Programas**, em 22/04/2025, às 11:03, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Marcia Adriana Spanivello**, **Enfermeiro (a)**, em 22/04/2025, às 11:05, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Fernando Terumichi Pontes**, **Chefe de Divisão Técnica**, em 22/04/2025, às 11:07, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Menon do Nascimento**, **Diretor (a) de Departamento**, em 22/04/2025, às 15:56, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.guarulhos.sp.gov.br/sei/web/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1875079** e o código CRC **FCFE972B**.

1111.2025/0012132-5 1875079v4

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO **N° 3422/2022-FMS** ESTABELECIDO ENTRE O MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP, ATRAVÉS DE SUA SECRETARIA DE SAÚDE E A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR CESÁRIO LANGE, QUE TEM POR OBJETO A GESTÃO COMPARTILHADA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DEMAIS AÇÕES DE SAÚDE A SEREM REALIZADAS NAS **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA E SÃO JOÃO LAVRAS** E **PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE** QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA.

Ao(s) **primeiro** dia(s) do mês de **junho** do ano de 2022, o **MUNICÍPIO DE GUARULHOS**, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, com sede nesta cidade na Rua Íris, nº 300, neste ato representado por seu Secretário de Saúde Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 17.355.446, inscrito no CPF sob o nº 066.120.808-76, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a (o) **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, sob n° CNPJ. 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida à Avenida São Paulo, 340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, CEP 18285-000, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, inscrito (a) no Registro Geral de Pessoas – RG sob o n° 12.249.262-6 expedido pela SSP inscrito (a) no CPF sob o n° 048.461.708-7, estabelecem o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, autuado no processo administrativo nº 30223/2021, que tem por objeto o Chamamento Público **nº 02/2022**.

CAPÍTULO I
DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

CLÁUSULA PRIMEIRA – Este CONTRATO DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Federal nº 9.637/1998, Lei Complementar Federal n° 101/2000, Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, pela Lei Federal 8.666/93, no que se aplicar; Lei Municipal nº 7.545/2017, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 34.210/2017, e pelos Decretos Municipais nº 33.703/2016 e nº 33.912/2017, 13019/2014 bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do **Edital de Chamamento Público** e de seus anexos, assim como pelas disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos anexos**.

CAPÍTULO II
DO OBJETO

CLÁUSULA SEGUNDA – Constitui objeto deste CONTRATO DE GESTÃO a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Primeiro – Constitui parte integrante do presente CONTRATO DE GESTÃO, seus anexos, relativo a unidade de saúde o qual refere o objeto deste, cujo conteúdo deverá ser observado tanto quanto o dispositivo descrito no corpo deste instrumento, no exercício de seu cumprimento, quais sejam:

ANEXOS:

a) **ANEXO I** – Plano de Trabalho UPA São João Lavras/ UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

b) **ANEXO II** – Cronograma de Desembolso da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce ;

c) **ANEXO III** – Planilha de Destinação dos Recursos Financeiros da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

d) **ANEXO IV** – Relação de Patrimônio das UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce.

e) **ANEXO V** – Modelo de Planilhas de Prestação de Contas

Parágrafo Segundo: O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderá ser acrescido e/ou suprimido no que se refere aos quantitativos e espécies de ações por ele regradas a serem executadas, na referida unidade de atendimento, observando-se sempre a manutenção da natureza, finalidade e identidade do objeto definido nos termos previstos pelo **Edital de Chamamento Público nº 02/2022.**

CAPÍTULO III
DO PLANO DE TRABALHO

CLÁUSULA TERCEIRA – O Plano de Trabalho relativo à unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I), é parte integrante deste instrumento contendo as especificações e quantitativos das metas a serem atingidas, bem como as metas qualitativas, seus respectivos prazos e regime de execução, assim como a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CLÁUSULA QUARTA – O prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO será de **24 (vinte e quatro) meses** a contar das **00h00 do dia 02/06/2022**.

CAPÍTULO V
DO VALOR GLOBAL E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

CLÁUSULA QUINTA – O valor global inicial deste CONTRATO DE GESTÃO é de a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Único – Para o exercício de 2022 é estimado o valor de **R$ 53.787.541,94 (Cinquenta e três milhões, setecentos e oitenta e sete mil, quinhentos e quarenta e um reais e noventa e quatro centavos)**, cuja despesa atenderá aos Programas de Trabalho (Anexo I), Natureza de Despesa **335085 – Contrato de Gestão**, Fonte **Tesouro** e/ou **Federal** e, nos exercícios subsequentes, atenderá o Plano de Trabalho e os que o suceder, respeitado os valores descritos no Cronograma de Desembolso relativos a unidade de saúde a qual se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

0791.1030200032.016.01.3100000.339039.001
0791.1030200032.016.05.3000157.339039.621

CAPÍTULO VI
DOS REPASSES E MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA SEXTA – Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos, o valor global inicial é de **R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos)**, e será repassado à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** na forma e nas condições dos Cronogramas de Desembolso (ANEXO II), em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais no valor de **R$ 7.720.699,80 (Sete milhões, setecentos e vinte mil, seiscentos e noventa e nove reais e oitenta centavos),** sendo que deste valor, destina-se à **Unidade de Pronto Atendimento SÃO JOÃO LAVRAS** o valor de **R$ 2.818.977,58 (Dois milhões, oitocentos e dezoito mil, novecentos e setenta e sete reais e cinquenta e oito centavos,** à **Unidade de Pronto Atendimento CUMBICA** o valor de **R$ 2.779.787,33 (Dois milhões, setecentos e setenta e nove mil, setecentos e oitenta e sete reais e trinta e três centavos)** e ao **Pronto Atendimento MARIA DIRCE** o valor de **R$ 2.121.934,89 (Dois milhões, cento e vinte e um mil, novecentos e trinta e quatro reais e oitenta e nove centavos)**.

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à **CONTRATADA** serão depositados em conta bancária em instituição financeira oficial (Banco do Brasil S.A. ou Caixa Econômica Federal S.A.).

Parágrafo Segundo – Os recursos repassados à **CONTRATADA** deverão ser depositados em contas correntes específicas e exclusivas destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO; a **CONTRATADA** deverá manter conta corrente distinta e individualizada, de tal forma que não sejam confundidos seus recursos respectivos com os de outra origem, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

Parágrafo Terceiro – Os saldos financeiros relativos à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em:

I - em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for de até 01 (um) mês;

II - em fundos de curto prazo ou;

III - em títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto – As aplicações financeiras descritas nos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração de capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno, bem como o resultado deverá ser obrigatoriamente utilizado no objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quinto – O repasse dos recursos se dará mensalmente, sendo a primeira parcela em até 15 (quinze) dias contados do início da vigência contratual e a partir da segunda parcela no 2º dia útil do mês corrente, obedecido o Cronograma de Desembolso da unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

Parágrafo Sexto - As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I) e com o respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II), salvo autorização prévia da **CONTRATANTE**, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I. Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II. Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.

III. Quando do não atendimento aos demais requisitos legais, inclusive o disposto no artigo 8º, inciso VII, da lei 7.545/2017.

IV. Quando das hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" do inciso XXIII, da CLÁUSULA NONA (DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA)

V. Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sétimo – Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no Plano de Trabalho, cabendo à CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* do presente CONTRATO DE GESTÃO verificar o percentual de atendimento das referidas metas.

Parágrafo Oitavo – A **CONTRATADA** poderá captar, assumindo em relação a tal captação inteira responsabilidade, recursos privados para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, hipótese esta em se implementando haverá alteração do Plano de Trabalho necessário à formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos, restando claro desde já que ambas as situações imprescindem de celebração de termo aditivo.

Parágrafo Nono – Fica vedada a utilização dos valores inerentes aos repasses orçamentários vinculados a este CONTRATO DE GESTÃO com despesas a título de taxa de administração global, conforme súmula 41 do TCE/SP.

Parágrafo Décimo – Os repasses orçamentários destinados ao pagamento das despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, sendo que as referidas despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento deverão ser as mesmas previstas detalhadamente no Plano de Trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à **CONTRATADA** a título de provisionamento inerente à previsão de valores necessários ao adimplemento de verbas rescisórias, pagamento de férias e décimos terceiros salários, deverá ser depositado em conta bancária específica, distinta daquela destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO, preferencialmente em conta poupança, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal e/ou saldo mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE,** ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo – Quando do término do presente CONTRATO DE GESTÃO, caso haja saldo para fins rescisórios ou de provisionamento obrigatório no fundo tratado no parágrafo anterior, os valores deverão ser restituídos à CONTRATANTE, para que seja disponibilizado para o mesmo fim em novo CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Terceiro – Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.

CAPÍTULO VII
DA REPACTUAÇÃO

CLÁUSULA SÉTIMA – Em havendo interesse público que justifique o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, e por conseguinte da respectiva dotação orçamentária específica para esse fim, os valores dos repasses financeiros para execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderão ser repactuados.

Parágrafo Primeiro **-** Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pelo pagamento de despesas e custos vinculados à mão de obra principal necessária à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverá ser demonstrada pela **CONTRATADA** de forma analítica a variação dos referidos custos, em consonância com o preconizado por convenção ou acordo coletivos, ou ainda sentença normativa, que regem as categorias profissionais envolvidas;

Parágrafo Segundo - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pela variação dos demais custos e despesas necessárias à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, será adotado o *Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.*

Parágrafo Terceiro **-** O pedido de repactuação por parte da **CONTRATADA** que tenha por objeto aumento de valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, ou quaisquer outros objetos de naturezas diversas, deverá ser apresentado pela **CONTRATADA** de forma justificada e instruído com planilha analítica demonstrativa, a fim de que seja submetido à análise da Secretaria de Saúde.

Parágrafo Quarto - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no Plano de Trabalho, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, convenção ou acordos coletivos.

CAPÍTULO VIII
OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA OITAVA *– São obrigações da* ***CONTRATANTE****:*

I - Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II - Realizar o repasse de recursos na forma disposta nos Cronogramas de Desembolso relativo a Unidade de Pronto Atendimento a que se refere este

CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II), e na Cláusula Sexta deste mesmo instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

III - Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução das ações previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos públicos repassados à **CONTRATADA**, na forma disposta no Plano de Trabalho e neste instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle.

CAPÍTULO IX
DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA NONA – *São obrigações da* ***CONTRATADA****:*

I - Desenvolver em conjunto com a Secretaria de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho e na legislação aplicável;

II - Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários;

III - Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações, eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização empreendida pelo **CONTRATANTE**;

IV - Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pela **CONTRATANTE** e legislações pertinentes ao objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

V - Cumprir as metas relacionadas no Plano de Trabalho relativo a Unidades de Pronto Atendimento a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I);

VI - Providenciar a publicação na imprensa ou no sítio digital da própria organização Social, no prazo máximo de 30 dias (trinta dias) corridos a contar da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, sempre em consonância com os valores descritos no Projeto Técnico apresentado pela **CONTRATADA** quando da realização do certame.

VII - Elaborar os relatórios de execução do CONTRATO DE GESTÃO e submeter à aprovação da CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização*, bem como encaminhar, mensalmente, à **CONTRATANTE**, impreterivelmente, até dia 15 do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme o interesse público, ou a critério da Administração, os referidos relatórios contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, não podendo se recusar à submeter à aprovação, tampouco deixar de encaminhar os referidos relatórios, salvo motivos de força maior justificado, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos ;

VIII - Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção ou atualização dentre outros;

IX - Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos, bem como os bens móveis e imóveis privados, contratados pelo Município, que encontram-se na posse da contratada para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, sem qualquer direito à disposição ou retenção dos bens, inclusive no caso de encerramento do CONTRATO DE GESTÃO;

X - Responsabilizar-se com recursos repassados pela **CONTRATADA** pelas despesas inerentes ao fornecimento de água/esgoto, energia elétrica, gás, serviços de telefonia e *internet* relativos aos bens imóveis cujo uso tenha sido cedido à **CONTRATADA,** despesas estas que, a critério da Administração, poderão ser pagas pela **CONTRATANTE** e descontadas dos repasses a serem realizados à **CONTRATADA**, caso em que, as respectivas contas de consumo deverão ser enviadas à **CONTRATANTE** em tempo hábil para pagamento. São de responsabilidade de CONTRATADA, toda e qualquer despesa de consumo referente ao bem imóvel, tais como: energia, gás, agua/esgoto, telefonia, internet e outros caracterizados como consumo, impostos ou taxas pertencentes ao imóvel.

XI - Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, assim como pelos decorrentes encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais e comerciais, não excluindo ou reduzindo tal responsabilidade da **CONTRATADA**, as responsabilidades e prerrogativas da **CONTRATANTE** relativas à fiscalização da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XII - Zelar para que os recursos financeiros repassados pela **CONTRATANTE** sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no Plano de Trabalho, atentando sempre para a devida observância do princípio da economicidade;

XIII - Manter e movimentar os recursos em conta bancária específica do CONTRATO DE GESTÃO, com observância das normas constantes no CAPÍTULO X deste ajuste, admitindo-se pagamentos em espécie, desde que observados o limite de R$ 1.000,00 (mil reais);

XIV - A CONTRATADA deverá observar como limite de remuneração de seus funcionários, o salário do Prefeito Municipal, e a compatibilidade com os salários das categorias profissionais desta municipalidade, os casos não enquadrados deverão ser justificados e ficarão sob análise da CONTRATANTE.

XV - Prestar contas dos recursos repassados pela **CONTRATANTE**, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO;

XVI - Prestar sempre que solicitado quaisquer informações, inclusive as de natureza financeira, acerca da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XVII - Produzir, guardar e disponibilizar à **CONTRATANTE**, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos, durante todo o prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos;

XVIII - Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da **CONTRATANTE**, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIX - Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação, relativos às atividades de natureza pública gratuita, que devam ser executadas em virtude da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO ou da legislação aplicável;

XX - Manter atualizadas as informações cadastrais junto à **CONTRATANTE**, devendo comunicar à mesma, quaisquer alterações nos seus atos constitutivos em até 5 dias uteis;

XXI - Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais (Digitalizados e pesquisáveis) que comprovem as despesas realizadas para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

a) A CONTRATADA deverá adotar CNPJ filial especifico para cada Equipamento de Saúde para a execução do objeto deste Contrato de Gestão.

XXII - Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais de natureza técnica que deverão ser adotados para tanto;

XXIII - Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades do CONTRATO DE GESTÃO, respeitando o disposto no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, como também as que regem os conselhos de classe, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso;

XXIV - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado e de acordo com as respectivas Convenções Coletivas de Trabalho, pertinente à sua área de atuação, conforme descrito em seus atos constitutivos, no que se refere ao pagamento de salários e de benefícios de qualquer natureza a seus empregados e dirigentes;

XXV - Responsabilizar-se, na forma deste CONTRATO DE GESTÃO, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão de obra necessária à completa execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, até o término de seu prazo de vigência, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, pelas obrigações decorrentes da referida execução isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, devendo ser observado ainda o que segue:

a) em caso de ciência de ações trabalhistas movidas contra a **CONTRATADA** decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, nas quais entidades da Administração Pública do Município de Guarulhos tenham sido incluídas no polo passivo das referidas ações tanto como responsável subsidiário ou solidário, a **CONTRATANTE** poderá reter dos repasses devidos, o montante dos valores dela cobrados nas mesmas referidas ações, valores estes que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção, em caso de insuficiência, para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do objeto presente CONTRATO DE GESTÃO que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária da **CONTRATANTE**, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores que venham a ser cobrados da **CONTRATANTE** a este título, valores estes que poderão ser complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

c) as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência a **CONTRATANTE** da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e/ou previdenciários sendo que os valores inerentes às referidas retenções serão destinados ao pagamento das respectivas obrigações caso a **CONTRATANTE** seja compelida a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**;

d) Eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pela **CONTRATANTE** se houver justa causa devidamente fundamentada, ou seja, de forma criteriosa, apontando de forma objetiva o enquadramento da justa causa nos itens do artigo 482, da CLT.

XXVI - Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas no Chamamento Público durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO;

XXVII - Fornecer as informações e documentos exigidos nas alíneas do inciso XI, do Art. 4º do Decreto Municipal nº 33.703/2016.

XXVIII - Os equipamentos e instrumentais necessários para a realização das ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, bem como os adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE,** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser mantidos pela **CONTRATADA**, em perfeitas condições;

XXIX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos, deverão ter avaliação prévia e autorização da Secretaria da Saúde;

XXX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, serão automaticamente incorporados ao patrimônio da **CONTRATANTE**, hipótese esta em que a **CONTRATADA** hipótese esta em que a **CONTRATADA** deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, em duas vias juntamente com os relatórios de prestação de contas (01 via para fim de tombamento do patrimônio e outra para comprovação da despesa) juntamente com declaração emitida pela **CONTRATADA** de que os bens estão fisicamente na unidade de saúde, com menção da unidade onde são executadas as ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, e em perfeitas condições de uso;

XXXI - Enviar à **CAF** - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* todos os contratos de prestação de serviços e de fornecimento, assim como seus respectivos Anexos e eventuais Aditivos firmados pela **CONTRATADA** com prestadores, devidamente datados e assinados por todas as partes do contrato de prestação de serviços e de fornecimento, com a descrição de todos os serviços a serem prestados e/ou bens a serem fornecidos, metas a serem alcançadas, se for o caso, e respectiva descrição da forma de como serão medidas, bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país e, finalmente, se o caso de prestação de serviços, certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXII - Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço necessário e/ou que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem a cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o Plano de Trabalho e com o *Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras*, a ser aprovado pela CONTRATANTE e publicado pela **CONTRATADA**. Fornecer certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXIII - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, empregados, membros de sua Diretoria ou Conselho de Administração;

XXXIV - Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição, criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pela **CONTRATANTE**;

XXXV - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização da **CONTRATANTE** ou sob sua demanda, bem como o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direto público ou privado estabelecidos na Lei n.º 13.709/2018.

XXXVI - Atender às exigências da **CONTRATANTE** acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados e/ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela **CONTRATANTE**;

XXXVII - Os sistemas informatizados utilizados pela **CONTRATADA** deverão permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a **CONTRATANTE** já utilize ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO;

XXXVIII - Apresentar à **CONTRATANTE**, no prazo por ela definido, Plano Estratégico para as suas ações dos anos de vigência do CONTRATO DE GESTÃO, observando o Projeto Técnico e o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde (ANEXO I) bem como respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II) dos recursos a serem repassados à **CONTRATADA**;

XXXIX - Executar os serviços e demais ações de saúde previstas no objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO e no anexo Plano de Trabalho relativo a unidade de

saúde (ANEXO I), mantendo sempre obediência ao preconizado pela Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, e a devida observância dos princípios do SUS, e em especial:

a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

b) Integralidade de assistência, entendida como sendo esta o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;

c) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

d) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

e) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

f) Direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;

g) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XL - Quando da elaboração e apresentação dos Relatórios de Prestação de Contas, a **CONTRATADA** deverá observar:

a) A garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

b) A responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

c) A inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

XLI - Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da **CONTRATADA**, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLII - Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos - SP.

XLIII - Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria de Saúde.

XLIV - Afixar, em lugar visível das Unidades de Pronto Atendimento a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, aviso que contenha:

a) O símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria da Saúde e do Sistema Único de Saúde.

b) Informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município de Guarulhos - SP;

c) Indicação de que os serviços executados naquela unidade de saúde são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLV – Fornecer à CAF – Comissão de Acompanhamento e Fiscalização a relação de todas as empresas subcontratadas, previstas no Capítulo XII, admitidas em função do presente Contrato de Gestão, incluindo cópia dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também e mensalmente cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

XLVI – Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle, bem como fornecer toda e qualquer informação e documentação solicitados pelo CONTRATANTE no prazo estabelecido, sob pena de sanções administrativas, prevista na minuta.

XLVII – Cumprir todas as diretrizes do TCESP relativas á transparência de seus atos, notadamente quanto à divulgação pela via eletrônica, em seu sítio eletrônico, de todas as informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros: o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes; valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis

e os relatórios físico-financeiros de acompanhamento; regulamento de compras e contratação de pessoal.

CAPÍTULO X
DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

CLÁUSULA DÉCIMA – Os Relatórios de Prestação de Contas Financeiro deverão ser enviados, mensalmente, por via eletrônica e protocolados junto à **CONTRATANTE** até o dia 30 (trinta) do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, a critério da Administração.

Parágrafo Primeiro – O último Relatório de Prestação de Contas deverá ser protocolado em até 30 (trinta) dias após o término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhado do comprovante de devolução do saldo financeiro, se houver. O relatório deverá ser entregue junto à Divisão Técnica de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas do Departamento Financeiro da Saúde.

Parágrafo Segundo – **E** se constatar qualquer irregularidade na prestação de contas, deverá comunicar a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, imediatamente.

Parágrafo Terceiro – Os Relatórios de Prestação de Contas serão instruídos com os seguintes documentos, de forma individualizada por unidade de saúde:

I - Relatórios de execução financeira (DIRD – Demonstrativo Integral de Receitas e Despesas – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO V), discriminando a movimentação de valores, indicando o saldo inicial, os repasses, a apuração da rentabilidade financeira e o valor total de cada categoria de despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado,

II - Detalhamento de todas as despesas pertinentes a este CONTRATO DE GESTÃO no qual conste demonstrativo por centro de custo por tipo de despesa (Demonstrativo de Despesas por categoria – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO VI);

III - Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos ou quaisquer outros títulos de crédito que venham a ser utilizados para tanto, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante (Demonstrativo de Despesas Geral – conforme modelo à ser

fornecido – ANEXO VII);

IV - Cópias dos comprovantes de pagamentos de contas referentes ao fornecimento de água, energia elétrica, serviços de telefonia e *internet*, salvo quando as contas forem pagas pela **CONTRATANTE**, cujos valores serão descontados do repasse devido à **CONTRATADA**;.

V - Demonstrativo de conciliação do saldo bancário;

VI - Cópia do extrato das contas correntes bancárias e das aplicações financeiras referentes ao período compreendido entre cada um dos Relatórios de Prestação de Contas apresentados;

VII - Folha de pagamento discriminando: nome, números do CPF e CNES, função, carga horária, salário bruto e líquido, e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco;

VIII - Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social, FGTS, de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho e respectivas CTPS, devidamente anotadas;

IX - Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso III deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações;

X - Demonstrativo da projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT, com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas;

XI - extrato bancário (de conta específica para este fim), que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários contratados pelo regime da CLT;

XII - Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIII - Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas;

XIV - Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ ou consumo, discriminado o valor do custo unitário de cada item, assinado pela instituição com terceiros durante todo o período de vigência do CONTRATO DE GESTÃO;

XV - Comprovação de eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo, mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação do profissional autônomo contratado;

XVI - A documentação comprobatória prevista no inciso XIV, deverá ser acompanhada de mapa de rateio, especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com a **CONTRATANTE,** e se for o caso, com outros entes. JUSTIFICATIVA: O mapa de rateio é necessário para as despesas administrativas da matriz, onde é necessário demonstrar o rateio realizado entre os demais convênios/contratos que a O.S. tiver formalizado.

A) Todas as contratações de pessoal, serviços e compras, para fins de prestação de contas, deverão ser realizados no CNPJ da Filial.

Parágrafo Quarto – O repasse mensal à partir da 3ª (terceira) parcela ficará condicionada a entrega dos relatórios de prestação de contas referente ao repasse da 1ª parcela e assim sucessivamente na forma da Cláusula Décima e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Plano de Trabalho (ANEXO I) a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, não podendo recusar-se à encaminhar os referidos relatórios, salvo por motivos de força maior devidamente justificado.

Parágrafo Quinto – Somente serão recebidos pela **CONTRATANTE** os Relatórios de Prestação de Contas que estiverem devidamente instruídos com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Sexto – No caso de a **CONTRATANTE** verificar erro nos documentos apresentados que instruem os Relatórios de Prestação de Contas, serão os mesmos devolvidos à **CONTRATADA** até que sejam os referidos erros sanados, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos, sendo que a CONTRATADA terá 45 (quarenta e cinco) dias prorrogáveis, no máximo, por igual período, se necessário e a critério da CONTRATANTE (art. 148, VIII da IN 01/2020 TCE).

Parágrafo Sétimo – Cada folha dos Relatórios de Prestação de Contas deverá conter rubrica do representante legal da **CONTRATADA**, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo.

Parágrafo Oitavo – Os Relatórios de Prestação de Contas deverão ser elaborados levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Nono – A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado dos Relatórios de Prestação de Contas correspondentes aos respectivos exercícios financeiros.

Parágrafo Décimo - Caberá à **CONTRATADA** promover até o dia 30 de Abril de cada ano e, no caso de serem transmitidos através do Sistema Público de Escrituração (Sped), até o último dia do mês de maio do ano, a publicação integral na Imprensa, dos relatórios de execução financeira e de cumprimento de metas e de execução deste CONTRATO DE GESTÃO aprovados por seu Conselho de Administração, bem como do balanço patrimonial e demais prestação de contas, sem prejuízo de sua análise pelo Tribunal de Contas de São Paulo.

Parágrafo Décimo Primeiro - Os Relatórios de Execução servirão de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Segundo - Todos os valores relativos a despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela **CONTRATANTE** como pertinentes à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser ressarcidos à **CONTRATANTE** através de depósito em conta específica a ser determinada pela **CONTRATANTE** com demonstração por meio de extrato bancário, no prazo determinado.

Parágrafo Décimo Terceiro - Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores, somente sendo aceitos recibos e notas fiscais emitidos em data

posterior à assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos termos aditivos.

Parágrafo Décimo Quarto – Nos contratos firmados entre a CONTRATADA e terceiros, no momento da atestação do recebimento do seu objeto, o valor unitário de cada item que o compõe deverá constar na nota fiscal a ser atestada, bem como em todos os recibos emitidos, o que deverá ser atestado, em ambos os casos, pelo diretor da unidade de saúde beneficiada.

Parágrafo Décimo Quinto – As notas fiscais apresentadas deverão estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a identificação deste Contrato de Gestão.

Parágrafo Décimo Sexto – A **CONTRATADA** deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

CAPÍTULO XI
CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis da Unidade de Pronto Atendimento devidamente identificados no objeto deste instrumento, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação.

Parágrafo Primeiro – Os bens imóveis de que trata o *caput* desta cláusula deverão ser recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO e deverão ser devolvidos quando do término do prazo de vigência do presente ou qualquer forma de resolução do CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO.

Parágrafo Segundo – É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Terceiro - Obriga-se a **CONTRATADA** em relação aos bens imóveis cedidos:

I - Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste CONTRATO DE GESTÃO, em perfeitas condições de

uso e conservação, sob a pena de, a critério da **CONTRATANTE**, arcar com o pagamento relativo ao conserto dos danos ou de quaisquer outros prejuízos.

II - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral e predial, incluindo nas mesmas, a reposição de peças;

III - Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO aos bens móveis e imóveis cedidos.

IV - Arcar com todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, taxas, tarifas e preços públicos.

V - Retirar às suas expensas, caso solicitado pela **CONTRATANTE**, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem nos imóveis cedidos, ainda que a ele provisoriamente agregados.

VI - Providenciar o seguro contra incêndio relativo aos bens móveis e imóveis descritos no *caput* desta cláusula, apresentando à **CONTRATANTE** a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento, bem como manter o AVCB em dia.

Parágrafo Quarto – Em relação aos bens móveis cedidos descritos no *caput* desta cláusula, obriga-se a **CONTRATADA**:

I - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, para após serem recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO.

II - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios a cada quadrimestre e fornecer as informações após a realização do inventario, enviado juntamente com a prestação de contas.

III - Devolver todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando do término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme identificação prévia deles por prepostos de ambas as partes;

IV - Em caso de furto ou roubo de equipamentos a contratada devera apresentar boletim de ocorrência e a reposição em até 5 dias uteis, obedecendo o manual de compras e contratações da Contratada.

Parágrafo Quinto - A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados em bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, precedido em ambos os casos de autorização da CONTRATANTE, bem como as benfeitorias realizadas, igualmente precedida de autorização da CONTRATANTE, serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, salvo se necessárias, condicionada a retirada à prévia autorização do **CONTRATANTE**.

CAPÍTULO XII
DA SUBCONTRATAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – É vedada a subcontratação de quaisquer outras pessoas jurídicas ou físicas que tenha por objeto a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como a cessão total ou parcial do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pela **CONTRATADA,** sob pena de rescisão contratual, sem prejuízo de outras penalidades.

Parágrafo Primeiro – Nos casos de subcontratação de serviços auxiliares (lavanderia, enxovais, segurança, portaria, limpeza, hotelaria, informática, serviços de comunicação, manutenção, retirada de resíduos hospitalares, seguros, esterilizações, armazenamento de documentos, controle de pragas, tratamento de água, serviços de hemoterapia, locação de equipamentos, fornecimento de gases medicinais, fornecimento insumos e materiais, bem como de demais serviços pertinentes, acordados entre CONTRATADA e CONTRATANTE), o ente subcontratado será responsável, solidariamente à **CONTRATADA**, no que couber, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente por aquelas referentes aos encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

Parágrafo Segundo – No caso de subcontratação de serviços auxiliares, a CONTRATADA somente poderá subcontratar desde que conste no contrato celebrado para tal fim a imposição de fornecer a relação de todas as subcontratadas admitidas em função do CONTRATO DE GESTÃO, incluindo cópias dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também mensalmente cópia dos registros

de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados à título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

CAPÍTULO XIII
DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá à **CONTRATANTE**, em especial à **CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** nomeada por Portaria do Secretário de Saúde, a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro – **A CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** no exercício de suas atribuições de gestão e fiscalização deste CONTRATO DE GESTÃO, realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, sendo investida das prerrogativas necessárias à execução das seguintes atividades:

I - Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços.

II - Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, principalmente em relação às metas assistenciais.

III - Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Avaliar os indicadores de acompanhamento, avaliação e metas.

V - Elaborar Relatórios de Avaliação da Execução deste CONTRATO DE GESTÃO através dos dados analisados.

VI - Avaliar os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho em confronto com as metas pactuadas, podendo para tanto solicitar o auxílio de outras instâncias administrativas da Secretaria de Saúde.

VII - Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde ou pela **CONTRATADA.**

VIII - Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da **CAF - *COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO*** e participantes presentes.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela **CONTRATANTE**, se obrigando a fornecer, nos prazos propostos pela **CONTRATANTE**, os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades, não podendo recusar-se a fornecê-los, salvo motivos de força maior justificado, sob pena de não haver o repasse da parcela subsequente ou quaisquer das penalidades previstas.

Parágrafo Terceiro – Os responsáveis pela fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, deverá notificar a CONTRATADA com a ciência do secretario, por qualquer meio idôneo, a fim de seja sanada a irregularidade, que, persistindo, poderá o Secretário da Saúde tomar outras providências, como penalidades previstas e aos órgãos de controle interno e externo referidos na Cláusula Vigésima Segunda, bem como notificar o Ministério Público se for o caso.

Parágrafo Quarto – Compete à **CONTRATADA** fazer minucioso exame das especificações dos serviços por escrito, de modo a permitir em tempo apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas, sendo que o silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas pela Fiscalização.

Parágrafo Quinto – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da **CONTRATADA** no que concerne à execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sexto – No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do CONTRATO DE GESTÃO, a Fiscalização deverá encaminhar relatório ao Secretário de Saúde.

CAPÍTULO XIV
DOS CASOS DE FORÇA MAIOR

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Os motivos de caso fortuito ou força maior que possam impedir a **CONTRATADA** de cumprir as metas pactuadas deverão ser comunicados à **CONTRATANTE**, na primeira oportunidade e por escrito, sob a pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Único – Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração dos Planos de Trabalho, desde que por termo aditivo.

CAPÍTULO XV
DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Plano de Trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, a **CONTRATANTE** poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da CONTRATADA, cabível a aplicação do artigo 116 da Lei nº 8.666/1993, a critério da CONTRATANTE, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 da mesma Lei nº 8.666/1993, garantido o exercício do contraditório e a prévia defesa:

I - Advertência;

II – Multa de 20% (vinte por cento) por inexecução total do objeto sobre o valor contratado.

III- Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, respectivamente nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da **CONTRATADA**.

IV - Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO.

a) Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para aplicação de penalidade.

V - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela que tenha problemas técnicos ou descumprimento de metas, mais multa de 0,33 (trinta e três centésimos por cento) ao dia enquanto os problemas técnicos ou descumprimentos não forem sanados, contados da data que a Administração tiver comunicado a irregularidade á entidade.

a) Os problemas técnicos ou descumprimento de metas que perdurarem por mais 10 (dez) dias, serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para efeitos de aplicação das penalidades.

VI - Multa de 10% (dez por cento) por descumprimento de quaisquer das obrigações decorrentes do ajuste, que não estejam previstas nos subitens acima, a qual incidirá sobre o valor do instrumento contratual.

VII - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos.

VIII - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, respeitado o disposto no artigo 87, IV, da Lei 8.666/93.

IX- Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município de Guarulhos - SP.

Parágrafo Primeiro – A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula, dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo – As sanções previstas não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO, garantida ampla defesa prévia e contraditório da CONTRATADA.

Parágrafo Terceiro – As multas previstas não possuem caráter compensatório, de tal forma que seu pagamento não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto – As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria da Fazenda, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à **CONTRATADA** ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP.

Parágrafo Quinto – A aplicação das sanções estabelecidas são de competência do Secretário de Saúde.

Parágrafo Sexto – As sanções previstas poderão também ser aplicadas à **CONTRATADA**, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, caso tenha:

I - Sofrido condenação definitiva por praticar fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos por meios dolosos.

II - Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

Parágrafo Sétimo - As sanções serão aplicadas a critério da Administração. As multas referidas não impedem a aplicação de outras sanções previstas neste instrumento e na Lei 8.666/93, podendo ser aplicada isolada ou cumulativamente.

CAPÍTULO XVI
DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Em relação às sanções previstas na cláusula décima quinta deste CONTRATO DE GESTÃO que lhe sejam impostas, a **CONTRATADA** poderá interpor os seguintes Recursos Administrativos:

I - *Pedido de Reconsideração* perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da ciência da decisão;

II - *Pedido de Revisão de Sanção Administrativa* à autoridade imediatamente superior a ser encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Primeiro – Em hipótese alguma será conferido efeito suspensivo aos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta cláusula.

Parágrafo Segundo – O exercício do Pedido de Revisão de Sanção Administrativa dependerá da prévia interposição do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Terceiro – O provimento de quaisquer dos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta *cláusula* importará apenas na invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CAPÍTULO XVII
DA RESCISÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – A **CONTRATANTE**, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá ser rescindido unilateralmente o CONTRATO DE GESTÃO, na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Plano de Trabalho, e ainda:

I - Se houver por parte da **CONTRATADA**, má gestão culpa dolo, violação de lei, de disposição de seus Atos Constitutivos, do presente CONTRATO DE GESTÃO ou do respectivo Plano de Trabalho vigente.

II - Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

III - Se houver alterações dos Atos Constitutivos da **CONTRATADA** que impliquem modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Se houver a perda da qualificação como Organização Social por parte da **CONTRATADA**.

Parágrafo Primeiro – Na hipótese de resolução, a **CONTRATADA** deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do **CONTRATANTE** os bens móveis e imóveis cujo uso foi cedido, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo – Na decretação da rescisão, a **CONTRATADA** ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CAPÍTULO XVIII
DA RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Em caso de resilição unilateral por parte da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados.

Parágrafo único – A resilição unilateral será precedida de denúncia da CONTRATANTE, em prazo que atenda o interesse público.

CAPÍTULO XIX
DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – A publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP será providenciada pela **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 20 (vinte dias) da assinatura.

CAPÍTULO XX
DA TRANSIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA – Após a publicação do extrato deste CONTRATO DE GESTÃO no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP e do Estado, devidamente assinado pelas partes contratuais, a CONTRATADA receberá a *Unidade de Saúde,* objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, através de ATO DE TRANSIÇÃO a ser estabelecido com a atual entidade gestora da referida unidade de saúde, o qual implica a necessária assunção dos pacientes da unidade de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – A **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA** servidores públicos municipais de seu quadro de pessoal permanente, os quais, em ocorrendo a referida disponibilização por parte da **CONTRATANTE**, necessariamente deverão compor a equipe de profissionais que atuarão nas unidades de saúde a que se refere o presente CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Primeiro – Os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versem sobre a vida funcional dos servidores públicos cedidos serão mantidos entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**, sendo garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela **CONTRATADA** aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATANTE** deverá deduzir do montante total mensal a ser repassado à **CONTRATADA**, o valor financeiro mensal de seu gasto com folha de pagamento referente aos servidores públicos que forem cedidos à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, devendo ser observado para tanto que a dedução somente ocorrerá após validação da cessão do funcionário pela Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde, bem como o aceite da Organização Social.

Parágrafo Terceiro – A **CONTRATANTE** deverá providenciar a formalização do ato de cessão ou afastamento do servidor, sempre garantindo aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

Parágrafo Quarto – A execução das atividades profissionais por parte dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA,** junto às unidades de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza.

Parágrafo Quinto – A **CONTRATADA**, a qualquer tempo, poderá devolver aos quadros da **CONTRATANTE** servidor público que lhe foi cedido, com motivação justificada, que poderá ensejar abertura de Sindicância ou Processo Administrativo Disciplinar, se o caso.

Parágrafo Sexto – A **CONTRATANTE** poderá, a seu exclusivo critério, solicitar remoção de servidor público lotado em alguma das unidades de saúde referidas no presente CONTRATO DE GESTÃO, através de comunicação prévia, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo.

Parágrafo Sétimo – Observados os critérios administrativos municipais e mediante a observância da disponibilidade da Administração, o servidor público poderá solicitar sua transferência para outra unidade de saúde estranha ao objeto do CONTRATO DE GESTÃO, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo, sem prejuízo de sua alocação em outra unidade de saúde deste CONTRATO DE GESTÃO, nos moldes do *caput* dessa Cláusula.

Parágrafo Oitavo – À **CONTRATADA** é vedado o pagamento de vantagem pecuniária à que se refere o parágrafo primeiro a servidor cedido com recursos provenientes do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Nono – Para fins de execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, os primeiros 90 dias, após a assunção das unidades de saúde deste instrumento pela **CONTRATADA**, serão considerados como período de transição pela **CONTRATANTE**, que poderá mediante análise discricionária das justificativas apresentadas e comprovadas pela **CONTRATADA**, acolher ou não em detrimento dos termos do presente instrumento e anexos, somente pelo período considerado de transição, não gerando qualquer direito posterior da **CONTRATADA**, que deverá observar todas as disposições pactuadas.

CAPÍTULO XXI
DO CONTROLE INTERNO E EXTERNO

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – A **CONTRATANTE** providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município de Guarulhos no prazo de até 10 (dez) dias, contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no prazo de até 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato.

CAPÍTULO XXII
DO COMPROMISSO ARBITRAL

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – A critério da Administração, as partes obrigam-se a solucionar por meio de arbitragem, de forma definitiva, as controvérsias ou disputas relacionadas ao presente contrato e seus eventuais aditivos e documentos anexos a eles relacionados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – Não poderão ser objeto de arbitragem as questões relativas a direitos indisponíveis envolvendo a titularidade municipal do serviço concedido, o poder administrativo de fiscalização e de imposição de penalidades administrativas, a discussão sobre reequilíbrio econômico-financeiro ou qualquer matéria definida como indisponível pelos Tribunais Superiores de Justiça.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – A arbitragem será dirimida em uma das diversas Câmaras Arbitrais do Estado de São Paulo, preferencialmente com sede na cidade de São Paulo ou de Guarulhos, seguindo o regimento próprio da instituição escolhida.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – As decisões e a sentença arbitral, nos termos da Lei Federal nº 9.307/96, serão definitivas, líquidas, certas e vincularão as partes e seus sucessores, servindo como título executivo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – A parte vencida no procedimento arbitral arcará com todas as custas do procedimento, incluindo os honorários dos árbitros e peritos.

CAPÍTULO XXIII
DO FORO DE ELEIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – Fica eleito o Foro da Comarca de Guarulhos – SP, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CAPÍTULO XXIV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – Na contagem dos prazos é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, sendo para tanto, considerados sempre os dias consecutivos, salvo disposição em contrário, observando-se ainda que os prazos se iniciam e vencem somente em dias de expediente da Secretaria de Saúde.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO, em 02 (duas) vias, de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Guarulhos – SP, 01 de junho de 2022.

CONTRATANTE
Secretaria de Saúde de Guarulhos – SP
Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Secretário de Saúde

ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

CONTRATADA
Beneficência Hospitalar de Cesário Lange
Representante Legal

Testemunhas

1_____ 2_____

PREFEITURA DE GUARULHOS

SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DA SAÚDE
DIVISÃO ADM. DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES
SEÇÃO TÉC. DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

Fls. 26027
Proc.Adm. 30223/2021
Rubrica

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
CONTRATO DE GESTÃO COM O TERCEIRO SETOR

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS – SECRETARIA DA SAÚDE.
CONTRATADA: BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTATO DE GESTÃO N°(DE ORIGEM): 3422/2022-FMS
OBJETO: a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades: UPA SÃO JOÃO LAVRAS; UPA CUMBICA E PA MARIA DIRCE.
VALOR DO AJUSTE/VALOR (1): R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos).
EXERCÍCIO (1): 2022
ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL :(2)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. **Estamos CIENTES de que:**
   a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
   b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;
   c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
   d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
   e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.
2. **Damo-nos por NOTIFICADOS para:**
   a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
   b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Guarulhos, 01 de junho de 2022.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: GUSTAVO HENRIC COSTA
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 296.269.158-70

AUTORIDADE MÁXIMA DA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PARECER CONCLUSIVO:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO :

Nome: RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Cargo: Secretário da Saúde
CPF : 066.120.808-76
Assinatura:

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PRESTAÇÃO DE CONTAS:

PELA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70
Assinatura: ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

PA 30223/21
26029

INÍCIO TERMOS DE USO F.A.Q.

RELATÓRIO

▼ RELATÓRIO 1 - Arquivo de assinatura aprovado, em conformidade com a MP 2.200-2/2001

Data de verificação	01/06/2022 12:17:20 BRT
Versão do software	2.8.1
Nome do arquivo	Contrato de Gestão 3422-22 - UPAS - CESÁRIO LANGE ASSINADO.pdf
Resumo SHA256 do arquivo	3ecf0f2f08761f786881c88352ea45c336c6d7cdb5a96f1669ff7eb880954447

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o padrão
Cifra assimétrica	Aprovada
Resumo criptográfico	Correto
Atributos obrigatórios/opcionais	Aprovados
Certificados necessários	Nenhum certificado é necessário
Mensagem de alerta	Atualizações incrementais não verificadas

▶ Caminho de certificação

▶ Atributos

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o pad
Cifra assimétrica	Aprovada

AVALIE ESTE SERVIÇO

EXPANDIR ELEMENTOS

Modo escuro ☐

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 21/07/2025

CNES: 2090589 Nome Fantasia: PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE CNPJ: --

Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA UBATA Número: 154 Complemento: --

Bairro: MARIA DIRCE Município: 351880 - GUARULHOS UF: SP

CEP: 07173-380 Telefone: (11)2088-7400 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 201

Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: PRONTO ATENDIMENTO GERAL Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: SERGIO PAULO PINHEIRO DER TOROSSIAN

Cadastrado em: 09/08/2003 Atualização na base local: 15/07/2025 Última atualização Nacional: 18/07/2025

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 017 - IMUNIZACAO

Classificação Estabelecimento Saúde

008 - PRONTO ATENDIMENTO

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	5	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	3
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	2	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	4	0

SALA DE NEBULIZACAO	1	0

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CIPA

ETICA MEDICA
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	1	1	SIM
Bomba de Infusao	10	10	SIM
Desfibrilador	2	2	SIM
Incubadora	1	1	SIM
Monitor de ECG	2	2	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	2	2	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	5	5	SIM
Respirador/Ventilador	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	2	2	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS

RESIDUOS QUIMICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Mantenedora

Nome	CNPJ	Logradouro
MUNICIPIO DE GUARULHOS	46319000000150	AVN BOM CLIMA

Bairro	Número	Complemento	CEP	Município	UF
BOM CLIMA	90		07196220	GUARULHOS	SP

Telefone	Região de Saúde	Agência	Conta Corrente
11-24758600	0201	0636X	6081X

Habilitações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Habilitações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Regras Contratuais

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Regras Contratuais - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2019	31/08/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/09/2019	30/09/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2020	31/03/2021	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2014	30/09/2014	15/03/2021	-

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2015	01/04/2018	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/10/2018	31/03/2019	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	02/04/2012	02/10/2014	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2012	31/03/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/04/2013	30/06/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2013	30/09/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/10/2013	31/12/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/01/2014	31/03/2014	15/03/2021	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2018	30/06/2018	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/07/2018	30/09/2018	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/04/2014	30/06/2014	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	03/10/2014	31/03/2015	15/03/2021	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2024	01/06/2026	05/11/2024	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2022	01/06/2024	05/11/2024	-

Base Descentralizada

Nenhum resultado para a consulta realizada.

SAMU 192

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO FINANCEIRO DA SAÚDE
Divisão Técnica de Acompanhamento e Fiscalização de Contratos e Convênios

Atestado de Capacidade

Guarulhos, 17 de abril de 2025.

Atestamos, para todos os fins de direito, que a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida na Avenida São Paulo, 340, vila Brasil, Cesário Lange/SP que tem por objeto a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a serem realizadas nas **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA e SÃO JOÃO e PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE -** entre a PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, situada na Avenida Bom Clima, 91 – Bom Clima, inscrita no CNPJ nº 46.319.000/0001-50, neste ato representada pela sua Secretaria de Saúde e a Organização Social, conforme o Contrato de Gestão nº 03422/2022 – FMS que teve sua vigência desde 02 de junho de 2022, prazo de 24 (vinte e quatro) meses e prorrogado através do T.A 03-3422/2022 FMS até 01/06/2026.

Ø **UNIDADE SÃO JOÃO LAVRAS** está localizada na Estrada Guarulhos-Nazaré nº4.130 –Cidade Soberana, CEP 07162-000 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
14.000 atendimentos	**23.772**

Ø **UNIDADE CUMBICA** está localizada na Rua dos Jesuítas Nº 533 – Cidade Industrial Satélite de São Paulo, CEP 07231-070 Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
10.000 atendimentos	**18.796**

Ø **UNIDADE ATENDIMENTO MARIA DIRCE** está localizada na Rua Ubatã nº 154 – Jardim Maria Dirce, CEP 07173-380, Guarulhos – SP.

Meta mensal contratualizada	Média de atendimentos mensal 2024
11.000 atendimentos	**19.435**

Durante o período contratual, as unidades mantiveram as portas abertas de maneira ininterrupta 24 horas por dia nas especialidades de clínica médica, ortopedia, pediatria e odontologia (**UPA CUMBICA e SÃO JOÃO**) por 12 horas diurnas.

Rosangela Amorim de Moraes
CF: 77.100
Gestora de Contrato

Marcia Adriana Spanivello
CF: 63.035
Fiscal de Contrato

Sandra Regina Diniz R. Gehlen
CF: 60.686
Gerente de Projetos e Programas

Fernando Terumichi Pontes
CF: 63.492
Chefe de Divisão Técnica

Bruno Menon do Nascimento

Diretor Financeiro (em exercício)

Documento assinado eletronicamente por **Rosangela Amorim de Moraes**, **Especialista em Saúde**, em 22/04/2025, às 08:36, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Sandra Regina Diniz Rodrigues Gehlen**, **Gerência de Projetos e Programas**, em 22/04/2025, às 11:03, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Marcia Adriana Spanivello**, **Enfermeiro (a)**, em 22/04/2025, às 11:05, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Fernando Terumichi Pontes**, **Chefe de Divisão Técnica**, em 22/04/2025, às 11:07, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Menon do Nascimento**, **Diretor (a) de Departamento**, em 22/04/2025, às 15:56, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.guarulhos.sp.gov.br/sei/web/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1875079** e o código CRC **FCFE972B**.

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO **N° 3422/2022-FMS** ESTABELECIDO ENTRE O MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP, ATRAVÉS DE SUA SECRETARIA DE SAÚDE E A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR CESÁRIO LANGE, QUE TEM POR OBJETO A GESTÃO COMPARTILHADA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DEMAIS AÇÕES DE SAÚDE A SEREM REALIZADAS NAS **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO CUMBICA E SÃO JOÃO LAVRAS** E **PRONTO ATENDIMENTO MARIA DIRCE** QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA.

Ao(s) **primeiro** dia(s) do mês de **junho** do ano de 2022, o **MUNICÍPIO DE GUARULHOS**, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, com sede nesta cidade na Rua Íris, nº 300, neste ato representado por seu Secretário de Saúde Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 17.355.446, inscrito no CPF sob o nº 066.120.808-76, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a (o) **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, sob n° CNPJ. 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida à Avenida São Paulo, 340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, CEP 18285-000, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, inscrito (a) no Registro Geral de Pessoas – RG sob o n° 12.249.262-6 expedido pela SSP inscrito (a) no CPF sob o n° 048.461.708-7, estabelecem o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, autuado no processo administrativo nº 30223/2021, que tem por objeto o Chamamento Público **nº 02/2022**.

CAPÍTULO I
DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

CLÁUSULA PRIMEIRA – Este CONTRATO DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Federal nº 9.637/1998, Lei Complementar Federal n° 101/2000, Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, pela Lei Federal 8.666/93, no que se aplicar; Lei Municipal nº 7.545/2017, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 34.210/2017, e pelos Decretos Municipais nº 33.703/2016 e nº 33.912/2017, 13019/2014 bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do **Edital de Chamamento Público** e de seus anexos, assim como pelas disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos anexos**.

CAPÍTULO II
DO OBJETO

CLÁUSULA SEGUNDA – Constitui objeto deste CONTRATO DE GESTÃO a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Primeiro – Constitui parte integrante do presente CONTRATO DE GESTÃO, seus anexos, relativo a unidade de saúde o qual refere o objeto deste, cujo conteúdo deverá ser observado tanto quanto o dispositivo descrito no corpo deste instrumento, no exercício de seu cumprimento, quais sejam:

ANEXOS:

a) **ANEXO I** – Plano de Trabalho UPA São João Lavras/ UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

b) **ANEXO II** – Cronograma de Desembolso da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce ;

c) **ANEXO III** – Planilha de Destinação dos Recursos Financeiros da UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce;

d) **ANEXO IV** – Relação de Patrimônio das UPA São João Lavras / UPA CUMBICA / PA Maria Dirce.

e) **ANEXO V** – Modelo de Planilhas de Prestação de Contas

Parágrafo Segundo: O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderá ser acrescido e/ou suprimido no que se refere aos quantitativos e espécies de ações por ele regradas a serem executadas, na referida unidade de atendimento, observando-se sempre a manutenção da natureza, finalidade e identidade do objeto definido nos termos previstos pelo **Edital de Chamamento Público nº 02/2022.**

CAPÍTULO III
DO PLANO DE TRABALHO

CLÁUSULA TERCEIRA – O Plano de Trabalho relativo à unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I), é parte integrante deste instrumento contendo as especificações e quantitativos das metas a serem atingidas, bem como as metas qualitativas, seus respectivos prazos e regime de execução, assim como a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CLÁUSULA QUARTA – O prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO será de **24 (vinte e quatro) meses** a contar das **00h00 do dia 02/06/2022**.

CAPÍTULO V
DO VALOR GLOBAL E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

CLÁUSULA QUINTA – O valor global inicial deste CONTRATO DE GESTÃO é de a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades:

- **UPA SÃO JOÃO LAVRAS**
- **UPA CUMBICA**
- **PA MARIA DIRCE**

Parágrafo Único – Para o exercício de 2022 é estimado o valor de **R$ 53.787.541,94 (Cinquenta e três milhões, setecentos e oitenta e sete mil, quinhentos e quarenta e um reais e noventa e quatro centavos)**, cuja despesa atenderá aos Programas de Trabalho (Anexo I), Natureza de Despesa **335085 – Contrato de Gestão**, Fonte **Tesouro** e/ou **Federal** e, nos exercícios subsequentes, atenderá o Plano de Trabalho e os que o suceder, respeitado os valores descritos no Cronograma de Desembolso relativos a unidade de saúde a qual se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

0791.1030200032.016.01.3100000.339039.001
0791.1030200032.016.05.3000157.339039.621

CAPÍTULO VI
DOS REPASSES E MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA SEXTA – Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos, o valor global inicial é de **R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos)**, e será repassado à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** na forma e nas condições dos Cronogramas de Desembolso (ANEXO II), em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais no valor de **R$ 7.720.699,80 (Sete milhões, setecentos e vinte mil, seiscentos e noventa e nove reais e oitenta centavos),** sendo que deste valor, destina-se à **Unidade de Pronto Atendimento SÃO JOÃO LAVRAS** o valor de **R$ 2.818.977,58 (Dois milhões, oitocentos e dezoito mil, novecentos e setenta e sete reais e cinquenta e oito centavos,** à **Unidade de Pronto Atendimento CUMBICA** o valor de **R$ 2.779.787,33 (Dois milhões, setecentos e setenta e nove mil, setecentos e oitenta e sete reais e trinta e três centavos)** e ao **Pronto Atendimento MARIA DIRCE** o valor de **R$ 2.121.934,89 (Dois milhões, cento e vinte e um mil, novecentos e trinta e quatro reais e oitenta e nove centavos)**.

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à **CONTRATADA** serão depositados em conta bancária em instituição financeira oficial (Banco do Brasil S.A. ou Caixa Econômica Federal S.A.).

Parágrafo Segundo – Os recursos repassados à **CONTRATADA** deverão ser depositados em contas correntes específicas e exclusivas destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO; a **CONTRATADA** deverá manter conta corrente distinta e individualizada, de tal forma que não sejam confundidos seus recursos respectivos com os de outra origem, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

Parágrafo Terceiro – Os saldos financeiros relativos à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em:

I - em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for de até 01 (um) mês;

II - em fundos de curto prazo ou;

III - em títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto – As aplicações financeiras descritas nos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração de capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno, bem como o resultado deverá ser obrigatoriamente utilizado no objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quinto – O repasse dos recursos se dará mensalmente, sendo a primeira parcela em até 15 (quinze) dias contados do início da vigência contratual e a partir da segunda parcela no 2º dia útil do mês corrente, obedecido o Cronograma de Desembolso da unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II).

Parágrafo Sexto - As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I) e com o respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II), salvo autorização prévia da **CONTRATANTE**, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I. Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II. Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.

III. Quando do não atendimento aos demais requisitos legais, inclusive o disposto no artigo 8º, inciso VII, da lei 7.545/2017.

IV. Quando das hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" do inciso XXIII, da CLÁUSULA NONA (DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA)

V. Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sétimo – Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no Plano de Trabalho, cabendo à CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* do presente CONTRATO DE GESTÃO verificar o percentual de atendimento das referidas metas.

Parágrafo Oitavo – A **CONTRATADA** poderá captar, assumindo em relação a tal captação inteira responsabilidade, recursos privados para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, hipótese esta em se implementando haverá alteração do Plano de Trabalho necessário à formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos, restando claro desde já que ambas as situações imprescindem de celebração de termo aditivo.

Parágrafo Nono – Fica vedada a utilização dos valores inerentes aos repasses orçamentários vinculados a este CONTRATO DE GESTÃO com despesas a título de taxa de administração global, conforme súmula 41 do TCE/SP.

Parágrafo Décimo – Os repasses orçamentários destinados ao pagamento das despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, sendo que as referidas despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento deverão ser as mesmas previstas detalhadamente no Plano de Trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à **CONTRATADA** a título de provisionamento inerente à previsão de valores necessários ao adimplemento de verbas rescisórias, pagamento de férias e décimos terceiros salários, deverá ser depositado em conta bancária específica, distinta daquela destinadas ao fim deste CONTRATO DE GESTÃO, preferencialmente em conta poupança, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal e/ou saldo mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE,** ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo – Quando do término do presente CONTRATO DE GESTÃO, caso haja saldo para fins rescisórios ou de provisionamento obrigatório no fundo tratado no parágrafo anterior, os valores deverão ser restituídos à CONTRATANTE, para que seja disponibilizado para o mesmo fim em novo CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Terceiro – Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.

CAPÍTULO VII
DA REPACTUAÇÃO

CLÁUSULA SÉTIMA – Em havendo interesse público que justifique o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, e por conseguinte da respectiva dotação orçamentária específica para esse fim, os valores dos repasses financeiros para execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderão ser repactuados.

Parágrafo Primeiro - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pelo pagamento de despesas e custos vinculados à mão de obra principal necessária à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverá ser demonstrada pela **CONTRATADA** de forma analítica a variação dos referidos custos, em consonância com o preconizado por convenção ou acordo coletivos, ou ainda sentença normativa, que regem as categorias profissionais envolvidas;

Parágrafo Segundo - Nos casos em que o aumento do valor global deste CONTRATO DE GESTÃO for motivado pela variação dos demais custos e despesas necessárias à execução deste CONTRATO DE GESTÃO, será adotado o *Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA*.

Parágrafo Terceiro - O pedido de repactuação por parte da **CONTRATADA** que tenha por objeto aumento de valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, ou quaisquer outros objetos de naturezas diversas, deverá ser apresentado pela **CONTRATADA** de forma justificada e instruído com planilha analítica demonstrativa, a fim de que seja submetido à análise da Secretaria de Saúde.

Parágrafo Quarto - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no Plano de Trabalho, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, convenção ou acordos coletivos.

CAPÍTULO VIII
OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA OITAVA – *São obrigações da* ***CONTRATANTE***:

I - Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II - Realizar o repasse de recursos na forma disposta nos Cronogramas de Desembolso relativo a Unidade de Pronto Atendimento a que se refere este

CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO II), e na Cláusula Sexta deste mesmo instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

III - Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução das ações previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos públicos repassados à **CONTRATADA**, na forma disposta no Plano de Trabalho e neste instrumento de CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle.

CAPÍTULO IX
DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA NONA – *São obrigações da* ***CONTRATADA****:*

I - Desenvolver em conjunto com a Secretaria de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho e na legislação aplicável;

II - Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários;

III - Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações, eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização empreendida pelo **CONTRATANTE**;

IV - Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pela **CONTRATANTE** e legislações pertinentes ao objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

V - Cumprir as metas relacionadas no Plano de Trabalho relativo a Unidades de Pronto Atendimento a que se refere este CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I);

VI - Providenciar a publicação na imprensa ou no sítio digital da própria organização Social, no prazo máximo de 30 dias (trinta dias) corridos a contar da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, sempre em consonância com os valores descritos no Projeto Técnico apresentado pela **CONTRATADA** quando da realização do certame.

VII - Elaborar os relatórios de execução do CONTRATO DE GESTÃO e submeter à aprovação da CAF - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização*, bem como encaminhar, mensalmente, à **CONTRATANTE**, impreterivelmente, até dia 15 do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme o interesse público, ou a critério da Administração, os referidos relatórios contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, não podendo se recusar à submeter à aprovação, tampouco deixar de encaminhar os referidos relatórios, salvo motivos de força maior justificado, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos ;

VIII - Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção ou atualização dentre outros;

IX - Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos, bem como os bens móveis e imóveis privados, contratados pelo Município, que encontram-se na posse da contratada para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, sem qualquer direito à disposição ou retenção dos bens, inclusive no caso de encerramento do CONTRATO DE GESTÃO;

X - Responsabilizar-se com recursos repassados pela **CONTRATADA** pelas despesas inerentes ao fornecimento de água/esgoto, energia elétrica, gás, serviços de telefonia e *internet* relativos aos bens imóveis cujo uso tenha sido cedido à **CONTRATADA,** despesas estas que, a critério da Administração, poderão ser pagas pela **CONTRATANTE** e descontadas dos repasses a serem realizados à **CONTRATADA**, caso em que, as respectivas contas de consumo deverão ser enviadas à **CONTRATANTE** em tempo hábil para pagamento. São de responsabilidade de CONTRATADA, toda e qualquer despesa de consumo referente ao bem imóvel, tais como: energia, gás, agua/esgoto, telefonia, internet e outros caracterizados como consumo, impostos ou taxas pertencentes ao imóvel.

XI - Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, assim como pelos decorrentes encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais e comerciais, não excluindo ou reduzindo tal responsabilidade da **CONTRATADA**, as responsabilidades e prerrogativas da **CONTRATANTE** relativas à fiscalização da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XII - Zelar para que os recursos financeiros repassados pela **CONTRATANTE** sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no Plano de Trabalho, atentando sempre para a devida observância do princípio da economicidade;

XIII - Manter e movimentar os recursos em conta bancária específica do CONTRATO DE GESTÃO, com observância das normas constantes no CAPÍTULO X deste ajuste, admitindo-se pagamentos em espécie, desde que observados o limite de R$ 1.000,00 (mil reais);

XIV - A CONTRATADA deverá observar como limite de remuneração de seus funcionários, o salário do Prefeito Municipal, e a compatibilidade com os salários das categorias profissionais desta municipalidade, os casos não enquadrados deverão ser justificados e ficarão sob análise da CONTRATANTE.

XV - Prestar contas dos recursos repassados pela **CONTRATANTE**, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO;

XVI - Prestar sempre que solicitado quaisquer informações, inclusive as de natureza financeira, acerca da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

XVII - Produzir, guardar e disponibilizar à **CONTRATANTE**, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos, durante todo o prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, com repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos;

XVIII - Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da **CONTRATANTE**, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIX - Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação, relativos às atividades de natureza pública gratuita, que devam ser executadas em virtude da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO ou da legislação aplicável;

XX - Manter atualizadas as informações cadastrais junto à **CONTRATANTE**, devendo comunicar à mesma, quaisquer alterações nos seus atos constitutivos em até 5 dias uteis;

XXI - Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais (Digitalizados e pesquisáveis) que comprovem as despesas realizadas para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

a) A CONTRATADA deverá adotar CNPJ filial especifico para cada Equipamento de Saúde para a execução do objeto deste Contrato de Gestão.

XXII - Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais de natureza técnica que deverão ser adotados para tanto;

XXIII - Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades do CONTRATO DE GESTÃO, respeitando o disposto no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, como também as que regem os conselhos de classe, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso;

XXIV - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado e de acordo com as respectivas Convenções Coletivas de Trabalho, pertinente à sua área de atuação, conforme descrito em seus atos constitutivos, no que se refere ao pagamento de salários e de benefícios de qualquer natureza a seus empregados e dirigentes;

XXV - Responsabilizar-se, na forma deste CONTRATO DE GESTÃO, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão de obra necessária à completa execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, até o término de seu prazo de vigência, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, pelas obrigações decorrentes da referida execução isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, devendo ser observado ainda o que segue:

a) em caso de ciência de ações trabalhistas movidas contra a **CONTRATADA** decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, nas quais entidades da Administração Pública do Município de Guarulhos tenham sido incluídas no polo passivo das referidas ações tanto como responsável subsidiário ou solidário, a **CONTRATANTE** poderá reter dos repasses devidos, o montante dos valores dela cobrados nas mesmas referidas ações, valores estes que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção, em caso de insuficiência, para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do objeto presente CONTRATO DE GESTÃO que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária da **CONTRATANTE**, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores que venham a ser cobrados da **CONTRATANTE** a este título, valores estes que poderão ser complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

c) as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência a **CONTRATANTE** da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e/ou previdenciários sendo que os valores inerentes às referidas retenções serão destinados ao pagamento das respectivas obrigações caso a **CONTRATANTE** seja compelida a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**;

d) Eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pela **CONTRATANTE** se houver justa causa devidamente fundamentada, ou seja, de forma criteriosa, apontando de forma objetiva o enquadramento da justa causa nos itens do artigo 482, da CLT.

XXVI - Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas no Chamamento Público durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO;

XXVII - Fornecer as informações e documentos exigidos nas alíneas do inciso XI, do Art. 4º do Decreto Municipal nº 33.703/2016.

XXVIII - Os equipamentos e instrumentais necessários para a realização das ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, bem como os adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE,** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser mantidos pela **CONTRATADA**, em perfeitas condições;

XXIX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos, deverão ter avaliação prévia e autorização da Secretaria da Saúde;

XXX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, serão automaticamente incorporados ao patrimônio da **CONTRATANTE**, hipótese esta em que a **CONTRATADA** hipótese esta em que a **CONTRATADA** deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, em duas vias juntamente com os relatórios de prestação de contas (01 via para fim de tombamento do patrimônio e outra para comprovação da despesa) juntamente com declaração emitida pela **CONTRATADA** de que os bens estão fisicamente na unidade de saúde, com menção da unidade onde são executadas as ações previstas por este CONTRATO DE GESTÃO, e em perfeitas condições de uso;

XXXI - Enviar à **CAF** - *Comissão de Acompanhamento e Fiscalização* todos os contratos de prestação de serviços e de fornecimento, assim como seus respectivos Anexos e eventuais Aditivos firmados pela **CONTRATADA** com prestadores, devidamente datados e assinados por todas as partes do contrato de prestação de serviços e de fornecimento, com a descrição de todos os serviços a serem prestados e/ou bens a serem fornecidos, metas a serem alcançadas, se for o caso, e respectiva descrição da forma de como serão medidas, bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país e, finalmente, se o caso de prestação de serviços, certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXII - Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço necessário e/ou que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem a cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o Plano de Trabalho e com o *Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras*, a ser aprovado pela CONTRATANTE e publicado pela **CONTRATADA**. Fornecer certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

XXXIII - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, empregados, membros de sua Diretoria ou Conselho de Administração;

XXXIV - Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição, criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pela **CONTRATANTE**;

XXXV - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização da **CONTRATANTE** ou sob sua demanda, bem como o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direto público ou privado estabelecidos na Lei n.º 13.709/2018.

XXXVI - Atender às exigências da **CONTRATANTE** acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados e/ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela **CONTRATANTE**;

XXXVII - Os sistemas informatizados utilizados pela **CONTRATADA** deverão permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a **CONTRATANTE** já utilize ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO;

XXXVIII - Apresentar à **CONTRATANTE**, no prazo por ela definido, Plano Estratégico para as suas ações dos anos de vigência do CONTRATO DE GESTÃO, observando o Projeto Técnico e o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde (ANEXO I) bem como respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II) dos recursos a serem repassados à **CONTRATADA**;

XXXIX - Executar os serviços e demais ações de saúde previstas no objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO e no anexo Plano de Trabalho relativo a unidade de

saúde (ANEXO I), mantendo sempre obediência ao preconizado pela Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, e a devida observância dos princípios do SUS, e em especial:

a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

b) Integralidade de assistência, entendida como sendo esta o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;

c) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

d) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

e) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

f) Direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;

g) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XL - Quando da elaboração e apresentação dos Relatórios de Prestação de Contas, a **CONTRATADA** deverá observar:

a) A garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

b) A responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

c) A inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

XLI - Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da **CONTRATADA**, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLII - Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos - SP.

XLIII - Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria de Saúde.

XLIV - Afixar, em lugar visível das Unidades de Pronto Atendimento a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, aviso que contenha:

a) O símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria da Saúde e do Sistema Único de Saúde.

b) Informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município de Guarulhos - SP;

c) Indicação de que os serviços executados naquela unidade de saúde são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLV – Fornecer à CAF – Comissão de Acompanhamento e Fiscalização a relação de todas as empresas subcontratadas, previstas no Capítulo XII, admitidas em função do presente Contrato de Gestão, incluindo cópia dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também e mensalmente cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

XLVI – Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle, bem como fornecer toda e qualquer informação e documentação solicitados pelo CONTRATANTE no prazo estabelecido, sob pena de sanções administrativas, prevista na minuta.

XLVII – Cumprir todas as diretrizes do TCESP relativas á transparência de seus atos, notadamente quanto à divulgação pela via eletrônica, em seu sítio eletrônico, de todas as informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros: o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes; valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis

e os relatórios físico-financeiros de acompanhamento; regulamento de compras e contratação de pessoal.

CAPÍTULO X
DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

CLÁUSULA DÉCIMA – Os Relatórios de Prestação de Contas Financeiro deverão ser enviados, mensalmente, por via eletrônica e protocolados junto à **CONTRATANTE** até o dia 30 (trinta) do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, a critério da Administração.

Parágrafo Primeiro – O último Relatório de Prestação de Contas deverá ser protocolado em até 30 (trinta) dias após o término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhado do comprovante de devolução do saldo financeiro, se houver. O relatório deverá ser entregue junto à Divisão Técnica de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas do Departamento Financeiro da Saúde.

Parágrafo Segundo – E se constatar qualquer irregularidade na prestação de contas, deverá comunicar a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, imediatamente.

Parágrafo Terceiro – Os Relatórios de Prestação de Contas serão instruídos com os seguintes documentos, de forma individualizada por unidade de saúde:

I - Relatórios de execução financeira (DIRD – Demonstrativo Integral de Receitas e Despesas – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO V), discriminando a movimentação de valores, indicando o saldo inicial, os repasses, a apuração da rentabilidade financeira e o valor total de cada categoria de despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado,

II - Detalhamento de todas as despesas pertinentes a este CONTRATO DE GESTÃO no qual conste demonstrativo por centro de custo por tipo de despesa (Demonstrativo de Despesas por categoria – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO VI);

III - Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos ou quaisquer outros títulos de crédito que venham a ser utilizados para tanto, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante (Demonstrativo de Despesas Geral – conforme modelo à ser

fornecido – ANEXO VII);

IV - Cópias dos comprovantes de pagamentos de contas referentes ao fornecimento de água, energia elétrica, serviços de telefonia e *internet*, salvo quando as contas forem pagas pela **CONTRATANTE**, cujos valores serão descontados do repasse devido à **CONTRATADA**;.

V - Demonstrativo de conciliação do saldo bancário;

VI - Cópia do extrato das contas correntes bancárias e das aplicações financeiras referentes ao período compreendido entre cada um dos Relatórios de Prestação de Contas apresentados;

VII - Folha de pagamento discriminando: nome, números do CPF e CNES, função, carga horária, salário bruto e líquido, e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco;

VIII - Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social, FGTS, de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho e respectivas CTPS, devidamente anotadas;

IX - Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso III deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações;

X - Demonstrativo da projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT, com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas;

XI - extrato bancário (de conta específica para este fim), que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários contratados pelo regime da CLT;

XII - Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XIII - Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas;

XIV - Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ ou consumo, discriminado o valor do custo unitário de cada item, assinado pela instituição com terceiros durante todo o período de vigência do CONTRATO DE GESTÃO;

XV - Comprovação de eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo, mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação do profissional autônomo contratado;

XVI - A documentação comprobatória prevista no inciso XIV, deverá ser acompanhada de mapa de rateio, especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com a **CONTRATANTE,** e se for o caso, com outros entes. JUSTIFICATIVA: O mapa de rateio é necessário para as despesas administrativas da matriz, onde é necessário demonstrar o rateio realizado entre os demais convênios/contratos que a O.S. tiver formalizado.

A) Todas as contratações de pessoal, serviços e compras, para fins de prestação de contas, deverão ser realizados no CNPJ da Filial.

Parágrafo Quarto – O repasse mensal à partir da 3ª (terceira) parcela ficará condicionada a entrega dos relatórios de prestação de contas referente ao repasse da 1ª parcela e assim sucessivamente na forma da Cláusula Décima e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Plano de Trabalho (ANEXO I) a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, não podendo recusar-se à encaminhar os referidos relatórios, salvo por motivos de força maior devidamente justificado.

Parágrafo Quinto – Somente serão recebidos pela **CONTRATANTE** os Relatórios de Prestação de Contas que estiverem devidamente instruídos com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Sexto – No caso de a **CONTRATANTE** verificar erro nos documentos apresentados que instruem os Relatórios de Prestação de Contas, serão os mesmos devolvidos à **CONTRATADA** até que sejam os referidos erros sanados, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos, sendo que a CONTRATADA terá 45 (quarenta e cinco) dias prorrogáveis, no máximo, por igual período, se necessário e a critério da CONTRATANTE (art. 148, VIII da IN 01/2020 TCE).

Parágrafo Sétimo – Cada folha dos Relatórios de Prestação de Contas deverá conter rubrica do representante legal da **CONTRATADA**, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo.

Parágrafo Oitavo – Os Relatórios de Prestação de Contas deverão ser elaborados levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Nono – A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado dos Relatórios de Prestação de Contas correspondentes aos respectivos exercícios financeiros.

Parágrafo Décimo - Caberá à **CONTRATADA** promover até o dia 30 de Abril de cada ano e, no caso de serem transmitidos através do Sistema Público de Escrituração (Sped), até o último dia do mês de maio do ano, a publicação integral na Imprensa, dos relatórios de execução financeira e de cumprimento de metas e de execução deste CONTRATO DE GESTÃO aprovados por seu Conselho de Administração, bem como do balanço patrimonial e demais prestação de contas, sem prejuízo de sua análise pelo Tribunal de Contas de São Paulo.

Parágrafo Décimo Primeiro - Os Relatórios de Execução servirão de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Segundo - Todos os valores relativos a despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela **CONTRATANTE** como pertinentes à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser ressarcidos à **CONTRATANTE** através de depósito em conta específica a ser determinada pela **CONTRATANTE** com demonstração por meio de extrato bancário, no prazo determinado.

Parágrafo Décimo Terceiro - Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores, somente sendo aceitos recibos e notas fiscais emitidos em data

posterior à assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO e de seus respectivos termos aditivos.

Parágrafo Décimo Quarto – Nos contratos firmados entre a CONTRATADA e terceiros, no momento da atestação do recebimento do seu objeto, o valor unitário de cada item que o compõe deverá constar na nota fiscal a ser atestada, bem como em todos os recibos emitidos, o que deverá ser atestado, em ambos os casos, pelo diretor da unidade de saúde beneficiada.

Parágrafo Décimo Quinto – As notas fiscais apresentadas deverão estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a identificação deste Contrato de Gestão.

Parágrafo Décimo Sexto – A **CONTRATADA** deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

CAPÍTULO XI
CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis da Unidade de Pronto Atendimento devidamente identificados no objeto deste instrumento, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação.

Parágrafo Primeiro – Os bens imóveis de que trata o *caput* desta cláusula deverão ser recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO e deverão ser devolvidos quando do término do prazo de vigência do presente ou qualquer forma de resolução do CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO.

Parágrafo Segundo – É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Terceiro - Obriga-se a **CONTRATADA** em relação aos bens imóveis cedidos:

I - Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste CONTRATO DE GESTÃO, em perfeitas condições de

uso e conservação, sob a pena de, a critério da **CONTRATANTE**, arcar com o pagamento relativo ao conserto dos danos ou de quaisquer outros prejuízos.

II - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral e predial, incluindo nas mesmas, a reposição de peças;

III - Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO aos bens móveis e imóveis cedidos.

IV - Arcar com todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, taxas, tarifas e preços públicos.

V - Retirar às suas expensas, caso solicitado pela **CONTRATANTE**, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem nos imóveis cedidos, ainda que a ele provisoriamente agregados.

VI - Providenciar o seguro contra incêndio relativo aos bens móveis e imóveis descritos no *caput* desta cláusula, apresentando à **CONTRATANTE** a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento, bem como manter o AVCB em dia.

Parágrafo Quarto – Em relação aos bens móveis cedidos descritos no *caput* desta cláusula, obriga-se a **CONTRATADA**:

I - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, para após serem recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO.

II - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios a cada quadrimestre e fornecer as informações após a realização do inventario, enviado juntamente com a prestação de contas.

III - Devolver todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando do término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme identificação prévia deles por prepostos de ambas as partes;

IV - Em caso de furto ou roubo de equipamentos a contratada devera apresentar boletim de ocorrência e a reposição em até 5 dias uteis, obedecendo o manual de compras e contratações da Contratada.

Parágrafo Quinto - A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados em bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, precedido em ambos os casos de autorização da CONTRATANTE, bem como as benfeitorias realizadas, igualmente precedida de autorização da CONTRATANTE, serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, salvo se necessárias, condicionada a retirada à prévia autorização do **CONTRATANTE**.

CAPÍTULO XII
DA SUBCONTRATAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – É vedada a subcontratação de quaisquer outras pessoas jurídicas ou físicas que tenha por objeto a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como a cessão total ou parcial do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pela **CONTRATADA,** sob pena de rescisão contratual, sem prejuízo de outras penalidades.

Parágrafo Primeiro – Nos casos de subcontratação de serviços auxiliares (lavanderia, enxovais, segurança, portaria, limpeza, hotelaria, informática, serviços de comunicação, manutenção, retirada de resíduos hospitalares, seguros, esterilizações, armazenamento de documentos, controle de pragas, tratamento de água, serviços de hemoterapia, locação de equipamentos, fornecimento de gases medicinais, fornecimento insumos e materiais, bem como de demais serviços pertinentes, acordados entre CONTRATADA e CONTRATANTE), o ente subcontratado será responsável, solidariamente à **CONTRATADA**, no que couber, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente por aquelas referentes aos encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

Parágrafo Segundo – No caso de subcontratação de serviços auxiliares, a CONTRATADA somente poderá subcontratar desde que conste no contrato celebrado para tal fim a imposição de fornecer a relação de todas as subcontratadas admitidas em função do CONTRATO DE GESTÃO, incluindo cópias dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também mensalmente cópia dos registros

de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados à título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

CAPÍTULO XIII
DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá à **CONTRATANTE**, em especial à **CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** nomeada por Portaria do Secretário de Saúde, a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro – **A CAF – *COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO,*** no exercício de suas atribuições de gestão e fiscalização deste CONTRATO DE GESTÃO, realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, sendo investida das prerrogativas necessárias à execução das seguintes atividades:

I - Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços.

II - Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, principalmente em relação às metas assistenciais.

III - Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Avaliar os indicadores de acompanhamento, avaliação e metas.

V - Elaborar Relatórios de Avaliação da Execução deste CONTRATO DE GESTÃO através dos dados analisados.

VI - Avaliar os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho em confronto com as metas pactuadas, podendo para tanto solicitar o auxílio de outras instâncias administrativas da Secretaria de Saúde.

VII - Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde ou pela **CONTRATADA.**

VIII - Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da **CAF - *COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO*** e participantes presentes.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela **CONTRATANTE**, se obrigando a fornecer, nos prazos propostos pela **CONTRATANTE**, os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades, não podendo recusar-se a fornecê-los, salvo motivos de força maior justificado, sob pena de não haver o repasse da parcela subsequente ou quaisquer das penalidades previstas.

Parágrafo Terceiro – Os responsáveis pela fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, deverá notificar a CONTRATADA com a ciência do secretario, por qualquer meio idôneo, a fim de seja sanada a irregularidade, que, persistindo, poderá o Secretário da Saúde tomar outras providências, como penalidades previstas e aos órgãos de controle interno e externo referidos na Cláusula Vigésima Segunda, bem como notificar o Ministério Público se for o caso.

Parágrafo Quarto – Compete à **CONTRATADA** fazer minucioso exame das especificações dos serviços por escrito, de modo a permitir em tempo apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas, sendo que o silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas pela Fiscalização.

Parágrafo Quinto – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da **CONTRATADA** no que concerne à execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sexto – No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do CONTRATO DE GESTÃO, a Fiscalização deverá encaminhar relatório ao Secretário de Saúde.

CAPÍTULO XIV
DOS CASOS DE FORÇA MAIOR

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Os motivos de caso fortuito ou força maior que possam impedir a **CONTRATADA** de cumprir as metas pactuadas deverão ser comunicados à **CONTRATANTE**, na primeira oportunidade e por escrito, sob a pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Único – Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração dos Planos de Trabalho, desde que por termo aditivo.

CAPÍTULO XV
DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Plano de Trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, a **CONTRATANTE** poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da CONTRATADA, cabível a aplicação do artigo 116 da Lei nº 8.666/1993, a critério da CONTRATANTE, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 da mesma Lei nº 8.666/1993, garantido o exercício do contraditório e a prévia defesa:

I - Advertência;

II – Multa de 20% (vinte por cento) por inexecução total do objeto sobre o valor contratado.

III- Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, respectivamente nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da **CONTRATADA**.

IV - Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor da parcela mensal do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO.

a) Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para aplicação de penalidade.

V - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela que tenha problemas técnicos ou descumprimento de metas, mais multa de 0,33 (trinta e três centésimos por cento) ao dia enquanto os problemas técnicos ou descumprimentos não forem sanados, contados da data que a Administração tiver comunicado a irregularidade á entidade.

a) Os problemas técnicos ou descumprimento de metas que perdurarem por mais 10 (dez) dias, serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para efeitos de aplicação das penalidades.

VI - Multa de 10% (dez por cento) por descumprimento de quaisquer das obrigações decorrentes do ajuste, que não estejam previstas nos subitens acima, a qual incidirá sobre o valor do instrumento contratual.

VII - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos.

VIII - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, respeitado o disposto no artigo 87, IV, da Lei 8.666/93.

IX- Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município de Guarulhos - SP.

Parágrafo Primeiro – A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula, dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo – As sanções previstas não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO, garantida ampla defesa prévia e contraditório da CONTRATADA.

Parágrafo Terceiro – As multas previstas não possuem caráter compensatório, de tal forma que seu pagamento não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto – As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria da Fazenda, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à **CONTRATADA** ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP.

Parágrafo Quinto – A aplicação das sanções estabelecidas são de competência do Secretário de Saúde.

Parágrafo Sexto – As sanções previstas poderão também ser aplicadas à **CONTRATADA**, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, caso tenha:

I - Sofrido condenação definitiva por praticar fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos por meios dolosos.

II - Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

Parágrafo Sétimo - As sanções serão aplicadas a critério da Administração. As multas referidas não impedem a aplicação de outras sanções previstas neste instrumento e na Lei 8.666/93, podendo ser aplicada isolada ou cumulativamente.

CAPÍTULO XVI
DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Em relação às sanções previstas na cláusula décima quinta deste CONTRATO DE GESTÃO que lhe sejam impostas, a **CONTRATADA** poderá interpor os seguintes Recursos Administrativos:

I - *Pedido de Reconsideração* perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da ciência da decisão;

II - *Pedido de Revisão de Sanção Administrativa* à autoridade imediatamente superior a ser encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Primeiro – Em hipótese alguma será conferido efeito suspensivo aos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta cláusula.

Parágrafo Segundo – O exercício do Pedido de Revisão de Sanção Administrativa dependerá da prévia interposição do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Terceiro – O provimento de quaisquer dos recursos descritos nos incisos I e II do *caput* desta *cláusula* importará apenas na invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CAPÍTULO XVII
DA RESCISÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – A **CONTRATANTE**, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá ser rescindido unilateralmente o CONTRATO DE GESTÃO, na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Plano de Trabalho, e ainda:

I - Se houver por parte da **CONTRATADA**, má gestão culpa dolo, violação de lei, de disposição de seus Atos Constitutivos, do presente CONTRATO DE GESTÃO ou do respectivo Plano de Trabalho vigente.

II - Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

III - Se houver alterações dos Atos Constitutivos da **CONTRATADA** que impliquem modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Se houver a perda da qualificação como Organização Social por parte da **CONTRATADA**.

Parágrafo Primeiro – Na hipótese de resolução, a **CONTRATADA** deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do **CONTRATANTE** os bens móveis e imóveis cujo uso foi cedido, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo – Na decretação da rescisão, a **CONTRATADA** ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CAPÍTULO XVIII
DA RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Em caso de resilição unilateral por parte da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados.

Parágrafo único – A resilição unilateral será precedida de denúncia da CONTRATANTE, em prazo que atenda o interesse público.

CAPÍTULO XIX
DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – A publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP será providenciada pela **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 20 (vinte dias) da assinatura.

CAPÍTULO XX
DA TRANSIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA – Após a publicação do extrato deste CONTRATO DE GESTÃO no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP e do Estado, devidamente assinado pelas partes contratuais, a CONTRATADA receberá a *Unidade de Saúde,* objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, através de ATO DE TRANSIÇÃO a ser estabelecido com a atual entidade gestora da referida unidade de saúde, o qual implica a necessária assunção dos pacientes da unidade de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – A **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA** servidores públicos municipais de seu quadro de pessoal permanente, os quais, em ocorrendo a referida disponibilização por parte da **CONTRATANTE**, necessariamente deverão compor a equipe de profissionais que atuarão nas unidades de saúde a que se refere o presente CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Primeiro – Os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versem sobre a vida funcional dos servidores públicos cedidos serão mantidos entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**, sendo garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela **CONTRATADA** aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATANTE** deverá deduzir do montante total mensal a ser repassado à **CONTRATADA**, o valor financeiro mensal de seu gasto com folha de pagamento referente aos servidores públicos que forem cedidos à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, devendo ser observado para tanto que a dedução somente ocorrerá após validação da cessão do funcionário pela Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde, bem como o aceite da Organização Social.

Parágrafo Terceiro – A **CONTRATANTE** deverá providenciar a formalização do ato de cessão ou afastamento do servidor, sempre garantindo aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

Parágrafo Quarto – A execução das atividades profissionais por parte dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA,** junto às unidades de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza.

Parágrafo Quinto – A **CONTRATADA**, a qualquer tempo, poderá devolver aos quadros da **CONTRATANTE** servidor público que lhe foi cedido, com motivação justificada, que poderá ensejar abertura de Sindicância ou Processo Administrativo Disciplinar, se o caso.

Parágrafo Sexto – A **CONTRATANTE** poderá, a seu exclusivo critério, solicitar remoção de servidor público lotado em alguma das unidades de saúde referidas no presente CONTRATO DE GESTÃO, através de comunicação prévia, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo.

Parágrafo Sétimo – Observados os critérios administrativos municipais e mediante a observância da disponibilidade da Administração, o servidor público poderá solicitar sua transferência para outra unidade de saúde estranha ao objeto do CONTRATO DE GESTÃO, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo, sem prejuízo de sua alocação em outra unidade de saúde deste CONTRATO DE GESTÃO, nos moldes do *caput* dessa Cláusula.

Parágrafo Oitavo – À **CONTRATADA** é vedado o pagamento de vantagem pecuniária à que se refere o parágrafo primeiro a servidor cedido com recursos provenientes do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Nono – Para fins de execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, os primeiros 90 dias, após a assunção das unidades de saúde deste instrumento pela **CONTRATADA**, serão considerados como período de transição pela **CONTRATANTE**, que poderá mediante análise discricionária das justificativas apresentadas e comprovadas pela **CONTRATADA**, acolher ou não em detrimento dos termos do presente instrumento e anexos, somente pelo período considerado de transição, não gerando qualquer direito posterior da **CONTRATADA**, que deverá observar todas as disposições pactuadas.

CAPÍTULO XXI
DO CONTROLE INTERNO E EXTERNO

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – A **CONTRATANTE** providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município de Guarulhos no prazo de até 10 (dez) dias, contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no prazo de até 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato.

CAPÍTULO XXII
DO COMPROMISSO ARBITRAL

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – A critério da Administração, as partes obrigam-se a solucionar por meio de arbitragem, de forma definitiva, as controvérsias ou disputas relacionadas ao presente contrato e seus eventuais aditivos e documentos anexos a eles relacionados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – Não poderão ser objeto de arbitragem as questões relativas a direitos indisponíveis envolvendo a titularidade municipal do serviço concedido, o poder administrativo de fiscalização e de imposição de penalidades administrativas, a discussão sobre reequilíbrio econômico-financeiro ou qualquer matéria definida como indisponível pelos Tribunais Superiores de Justiça.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – A arbitragem será dirimida em uma das diversas Câmaras Arbitrais do Estado de São Paulo, preferencialmente com sede na cidade de São Paulo ou de Guarulhos, seguindo o regimento próprio da instituição escolhida.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – As decisões e a sentença arbitral, nos termos da Lei Federal nº 9.307/96, serão definitivas, líquidas, certas e vincularão as partes e seus sucessores, servindo como título executivo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – A parte vencida no procedimento arbitral arcará com todas as custas do procedimento, incluindo os honorários dos árbitros e peritos.

CAPÍTULO XXIII
DO FORO DE ELEIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – Fica eleito o Foro da Comarca de Guarulhos – SP, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CAPÍTULO XXIV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – Na contagem dos prazos é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, sendo para tanto, considerados sempre os dias consecutivos, salvo disposição em contrário, observando-se ainda que os prazos se iniciam e vencem somente em dias de expediente da Secretaria de Saúde.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO, em 02 (duas) vias, de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Guarulhos – SP, 01 de junho de 2022.

CONTRATANTE
Secretaria de Saúde de Guarulhos – SP
Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Secretário de Saúde

ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

CONTRATADA
Beneficência Hospitalar de Cesário Lange
Representante Legal

Testemunhas

1_____ 2_____

PREFEITURA DE GUARULHOS

SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DA SAÚDE
DIVISÃO ADM. DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES
SEÇÃO TÉC. DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

Fls. 26027
Proc.Adm. 30223/2021
Rubrica

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
CONTRATO DE GESTÃO COM O TERCEIRO SETOR

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS – SECRETARIA DA SAÚDE.
CONTRATADA: BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTATO DE GESTÃO N°(DE ORIGEM): 3422/2022-FMS
OBJETO: a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, a ser realizada nas unidades: UPA SÃO JOÃO LAVRAS; UPA CUMBICA E PA MARIA DIRCE.
VALOR DO AJUSTE/VALOR (1): R$ 185.296.795,20 (Cento e oitenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil, setecentos e noventa e cinco reais e vinte centavos).
EXERCÍCIO (1): 2022
ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL :(2)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. **Estamos CIENTES de que:**
   a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
   b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;
   c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
   d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
   e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.
2. **Damo-nos por NOTIFICADOS para:**
   a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
   b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Guarulhos, 01 de junho de 2022.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: GUSTAVO HENRIC COSTA
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 296.269.158-70

AUTORIDADE MÁXIMA DA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PARECER CONCLUSIVO:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO :

Nome: RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Cargo: Secretário da Saúde
CPF : 066.120.808-76
Assinatura:

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PRESTAÇÃO DE CONTAS:

PELA CONTRATADA:

Nome: ROBERTO GONELLA JUNIOR
Cargo: Provedor – Diretor Executivo
CPF: 048.461.708-70
Assinatura: ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

PA 30223/21
26029

INÍCIO TERMOS DE USO F.A.Q.

RELATÓRIO

▼ RELATÓRIO 1 - Arquivo de assinatura aprovado, em conformidade com a MP 2.200-2/2001

Data de verificação	01/06/2022 12:17:20 BRT
Versão do software	2.8.1
Nome do arquivo	Contrato de Gestão 3422-22 - UPAS - CESÁRIO LANGE ASSINADO.pdf
Resumo SHA256 do arquivo	3ecf0f2f08761f786881c88352ea45c336c6d7cdb5a96f1669ff7eb880954447

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o padrão
Cifra assimétrica	Aprovada
Resumo criptográfico	Correto
Atributos obrigatórios/opcionais	Aprovados
Certificados necessários	Nenhum certificado é necessário
Mensagem de alerta	Atualizações incrementais não verificadas

▶ Caminho de certificação

▶ Atributos

▼ Assinatura por CN=ROBERTO GONELLA JUNIOR:***461708**, OU=26540876000114, OU=Presencial, OU=AR MEGA ONLINE CERTIFICADORA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

▼ Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o pad
Cifra assimétrica	Aprovada

AVALIE ESTE SERVIÇO

EXPANDIR ELEMENTOS

Modo escuro ☐

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 21/07/2025

CNES: 6916074 Nome Fantasia: UPA SAO JOAO LAVRAS CNPJ: --

Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: ESTRADA GUARULHOS NAZARE Número: 4130 Complemento: --

Bairro: CIDADE SOBERANA Município: 351880 - GUARULHOS UF: SP

CEP: 07162-000 Telefone: (11)2229-2240 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 0201

Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: UPA Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: JOSE CARLETTI JUNIOR

Cadastrado em: 18/12/2011 Atualização na base local: 14/07/2025 Última atualização Nacional: 18/07/2025

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 017 - IMUNIZACAO

Classificação Estabelecimento Saúde

008 - PRONTO ATENDIMENTO

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	6	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	2	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	6
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	2	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	6
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	6
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	6
AMBULATORIAL		
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	3	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	3	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CIPA
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS

ETICA MEDICA
REVISAO DE PRONTUARIOS
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 011	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO ODONTOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X Dentario	1	1	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Caneta de Alta Rotacao	20	20	SIM
Caneta de Baixa Rotacao	30	30	SIM
Compressor Odontologico	1	1	SIM
Equipo Odontologico	1	1	SIM
Fotopolimerizador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	1	1	SIM
Bomba de Infusao	18	18	SIM
Desfibrilador	7	7	SIM
Incubadora	2	1	SIM
Monitor de ECG	6	6	SIM

Monitor de Pressao Invasivo	4	4	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	30	10	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	59	59	SIM
Respirador/Ventilador	6	6	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	8	3	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Mantenedora

Nome	CNPJ	Logradouro
MUNICIPIO DE GUARULHOS	46319000000150	AVN BOM CLIMA

Bairro	Número	Complemento	CEP	Município	UF
BOM CLIMA	90		07196220	GUARULHOS	SP

Telefone	Região de Saúde	Agência	Conta Corrente
11-24758600	0201	0636X	6081X

Habilitações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Habilitações - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1302	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	NACIONAL	06/2012	06/2014	SAS 479	17/06/2014	18/6/2014	Desabilitado	

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
1302	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	NACIONAL	06/2012	99/9999	PT GM 1319	28/06/2012	29/6/2012	Habilitado	

Regras Contratuais

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
7114	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SEM GERAÇÃO DE CRÉDITO TOTAL, INCLUSIVE FAEC - PRONTO ATENDIMENTO	NACIONAL	06/2014	99/9999	SAS/MS 461	11/06/2014		27/06/2014

Regras Contratuais - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8203	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO VIII	04/2013	10/2026	1412/GM/MS	28/09/2023		18/12/2011

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8243	UPA 24H NOVA OPCAO VIII	01/2012	99/9999	GM 1872	30/08/12		18/12/2011

Incentivos - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
8110	UPA - PORTE III	NACIONAL	03/2014	99/9999	GM 1872	30/08/2012	3/13/14 12:00 AM	Habilitado	
8110	UPA - PORTE III	NACIONAL	03/2014	11/2014	GM 1872	30/08/2012	11/25/14 12:00 AM	Desabilitado	
8203	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO VIII	NACIONAL	04/2013	12/2023	4082/GM/MS	23/11/2022	12/15/22 12:00 AM	Alterado	
8203	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO VIII	NACIONAL	04/2013	10/2026	1412/GM/MS	28/09/2023	10/3/23 12:00 AM	Alterado	
8203	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO VIII	NACIONAL	03/2014	05/2015	GM 738	05/05/2013	3/13/14 12:00 AM	Habilitado	
8203	QUALIFICACAO UPA 24H NOVA OPCAO VIII	NACIONAL	04/2013	99/9999	GM 738	05/05/13	10/29/14 12:00 AM	Habilitado	
8243	UPA 24H NOVA OPCAO VIII	NACIONAL	01/2012	99/9999	GM 1872	30/08/12	10/29/14 12:00 AM	Habilitado	

Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2015	01/04/2018	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2014	30/09/2014	15/03/2021	-

CNPJ	Nome	Data inicial	Data final	Atualizado	Tipo contrato
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2018	30/06/2018	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/07/2018	30/09/2018	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	02/04/2012	02/10/2014	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2012	31/03/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/04/2013	30/06/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/07/2013	30/09/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/10/2013	31/12/2013	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/01/2014	31/03/2014	15/03/2021	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	01/04/2014	30/06/2014	15/03/2021	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2019	31/08/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/09/2019	30/09/2019	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/04/2020	31/03/2021	02/06/2020	-
57571275000100	FUNDACAO DO ABC	01/10/2018	31/03/2019	02/06/2020	-
62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	03/10/2014	31/03/2015	15/03/2021	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2022	01/06/2024	05/11/2024	-
50351626000110	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	02/06/2024	01/06/2026	05/11/2024	-

Base Descentralizada

Nenhum resultado para a consulta realizada.

SAMU 192

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Homologações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

ANEXO 8

Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, Diretoria Geral, Técnica, Administrativa/Financeira, Assistencial/Gerência de Enfermagem, de Titulação de Especialista em Administração Hospital ou Saúde Coletiva.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

BHCL

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE/SP

ILUSTRISSIMO SENHOR OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS DA COMARCA DE TATUÍ/SP.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor ROBERTO GONELLA JÚNIOR, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-70, vem à ilibada presença de Vossa Senhoria, requerer o registro da ata de Assembleia Geral da instituição, juntando para tanto, os documentos necessários ao arquivamento e registro.

Cesário Lange, 20 de Dezembro de 2022.

ROBERTO GONELLA JÚNIOR
PROVEDOR

Registro Civil das Pessoas Naturais e Tabelionato de Notas do Município de Cesário Lange -
Renata Gomes Paiva
Oficial/Tabeliã
Rua 15 de Novembro, nº 618 - CEP: 18285-
Tel: (15) 3246-2032

Reconheço por semelhança a firma de ROBERTO GONELLA JUNIOR. em documento sem valor econômico e NADA TEM.
Cesário Lange, 11 de janeiro de 2023.
Em testº
Mariana da Silva Pereira-Escrevente
Total: R$ 7,97

Mariana da Silva Pereira
Escrevente

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo
118414
FIRMA 1
S10233AA0049222

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BHCL

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE/SP

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, representada pelo Provedor, nos termos do art. 16, § 1° do Estatuto Social da Instituição, convoca os interessados nas atividades da associação, bem como a comunidade local interessadas para **ASSEMBLÉIA GERAL** que realizar-se-á no dia **19(dezenove) de Dezembro de 2022**, com primeira chamada para as 19h00min, segunda chamada as 19h30min, na sede da BHCL situada na Avenida São Paulo n° 340, Vila Brasil, na cidade de Cesário Lange/SP, para deliberarem sobre os seguintes assuntos:

a) Apresentação de renúncia de Membro do Conselho de Administração e declaração de vacância do cargo;

b) Eleger e dar posse a membro do Conselho de Administração eleito em razão de vacância;

c) Eleger e dar posse aos membros do Conselho de Administração para o próximo biênio, nos termos do artigo 24, *in fine* de seu Estatuto Social (50% dos membros), bem como Conselho Fiscal se necessário;

d) Demais assuntos pertinentes a associação.

Cesário Lange, 08 de Dezembro de 2022.

ROBERTO GONELLA JÚNIOR
PROVEDOR

AFIXADO NO QUADRO DE AVISO DA SEDE DA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE NA DATA DE 08.12.2022.



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BHCL

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10
AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

LISTA DE PRESENÇA

ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA: 19.12.2022

EDITAL DE CONVOCAÇÃO: 08.12.2022

Primeira Chamada: 19h00min

Segunda Chamada: 19h30min

NOME	RG	ASSINATURA
ROBERTO GONELLA JUNIOR	12.246.262-6	
JOSÉ DO ROSARIO FERNANDES	8.907.647	
ELIZEU DONIZETI FERNANDES	15.749.921	
JOSÉ CLAUDINEI JÓIA JUNIOR	46.211.623-2	
FABIO JOSÉ DO AMARAL	18.240.953-3	
LAERTE PAES LEITE	10.226.802	
REGINA APARECIDA RODRIGUES	26.208.610-4	
MARCO BOTTEON NETO	12666.799	
JUAREZ PEREIRA	33.339.450-1	
SERGIO LUIZ MENDES	17.701.393	
EVALDO MIRANDA	18.546.772	
ADILSON DONIZETE DE MIRANDA	27.308.661-6	
LUIZ MASCARENHAS SOARES	18.240.953-3	
CARLOS EDUARDO PEREZ	14.865.694	

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

RJ

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 60.351.626/0001-10
AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

LISTA DE PRESENÇA

ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA: 19.12.2022

EDITAL DE CONVOCAÇÃO: 08.12.2022

Primeira Chamada: 19h00min

Segunda Chamada: 19h30min

NOME	RG	ASSINATURA
FABIO ROGERIO JÓIA	27.534.544-0	
NELSON MARQUES MARTINS	5 167.325	
THIAGO MANITUANE	54303645-5	
ANDRÉ KYRIAZI GOMES	26.287065-4	
WANDERSON ALVES FERNANDES	23 235 160-0	

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10
AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

ATA DE ASSEMBLEIA GERAL

Aos 19 (dezenove) dias do mês de Dezembro de 2022, às 19h00min em primeira chamada e às 19h30min em segunda chamada, reuniram-se conforme Edital de Convocação editado para esse fim e lista de presença anexa a presente ata, na sede da **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, situada na Avenida São Paulo, nº 57, Vila Brasil, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP, sob a presidência do Provedor, Sr. **Roberto Gonella Júnior**, o qual verificado quórum, convocou para fazer parte da mesa e para secretariar a reunião o Sr. **José do Rosário Fernandes**. Dando início aos trabalhos, procedeu-se a seguinte leitura da ordem do dia: **a)** Apresentação de renúncia de Membro do Conselho de Administração e declaração de vacância do cargo; **b)** Eleger e dar posse a membro do Conselho de Administração eleito em razão de vacância; **c)** Eleger e dar posse aos membros do Conselho de Administração para o próximo biênio, nos termos do artigo 24, *in fine* de seu Estatuto Social (50% dos membros), bem como Conselho Fiscal, se necessário; d) Demais assuntos pertinentes a associação.

Abertos os trabalhos, o Provedor explicitou aos presentes, seguindo a pauta do dia, a renúncia de um membro do Conselho de Administração, apresentando para conhecimento de todos o termo de renúncia apresentado por **André Kyriazi Campos**. Em discussão, a Assembleia Geral acatou a renúncia e declarou vago o cargo de Conselheiro ocupado pelo renunciante. Seguindo a ordem do dia, especificamente os itens **"b"** e **"c"**, do edital de Assembleia Geral, o Presidente explicitou aos presentes a necessidade de eleger membro para suprir a vacância, bem como, nos termos do artigo 24, *in fine* de seu Estatuto Social, a renovação de 50% (cinquenta por cento) dos membros do Conselho de Administração para o biênio 2022-2024. Em discussão, dada a concomitância da vacância e da eleição prevista no artigo 24 do Estatuto Social, declarou a Assembleia Geral que o cargo vago em decorrência da renúncia somente será preenchido pela renovação bienal dos 50% (cinquenta por cento) dos membros, dando-se posse e suprindo a vacância. Abertas as inscrições de chapas, nos termos do artigo 45 do Estatuto Social, inscreveu-se uma única chapa para eleição de 50% (cinquenta por cento) dos membros do Conselho de Administração para o biênio 2022-2024, sendo os seguintes nomes: **Conselho de Administração: Presidente: José do**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Rosário Fernandes, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social, **Vice Presidente: Elizeu Donizeti Fernandes (recondução)**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social; **Conselheiros: 1) José Claudinei Jóia Júnior**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social; **2) Fabio José do Amaral**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social; **3) Laerte Paes Leite**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social; **4) Regina Aparecida Rodrigues**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, II, do Estatuto Social; **5) Marco Botteon Neto**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, II, do Estatuto Social; **6) Juarez Pereira**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social e **7) Sérgio Luiz Mendes**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, III, do Estatuto Social; **Conselho Fiscal: Membros Titulares: Evaldo Miranda, Adilson Donizete de Miranda e Luiz Mascarenhas Soares, Membro Suplente: Carlos Eduardo Perez**. Ato seguinte, passou-se à eleição e apuração nos termos do art. 45, alíneas "a" e "d" do inciso II do Estatuto Social. Após a contagem dos votos, elegeu-se a chapa inscrita com **unanimidade dos votos**. Na sequência, nos termos do artigo 14, § 2° do Estatuto social, foi dada posse aos membros eleitos. A qualificação completa dos membros eleitos do Conselho de Administração e Conselho Fiscal segue anexa a esta ata. Ato contínuo, cumprindo com o que foi veiculado no Edital de Assembleia Geral, com relação ao item **"d"**, aberta a palavra para tratar dos demais assuntos pertinentes à associação, nada foi proposto pelos presentes. Por fim, não havendo qualquer outra ordem para deliberação, encerrou-se a Assembleia Geral e a presente ata firmada pelo Presidente da Assembleia e, por mim, (**José do Rosário Fernandes**) digitada.

Roberto Gonella Júnior
Presidente da Assembleia

José do Rosário Fernandes
Secretário da Assembleia

RECONHECIMENTO DE FIRMA
VALE 1403

O presente documento digital foi conferido com o original assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Registro Civil das Pessoas Naturais e Tabelionato de Notas do Município de Cesário Lange - SP
Renata Gomes Paiva
Oficial/Tabeliã
Rua 15 de Novembro, nº 618 - CEP: 18285-000
Tel: (15) 3246-2032

Reconheço por semelhança as firmas de: ROBERTO GONELLA JUNIOR, JOSE DO ROSARIO FERNANDES em documento sem valor economico e dou fé. . . . .
Cesário Lange, 11 de janeiro de 2023.
Em Testº da verdade. SELO(S)
Mariana da Silva Pereira-Escrevente
Total: R$ 15,94

Mariana da Silva Pereira
Escrevente

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo
118414
FIRMA 2
S20233AA0015855

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10
AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

QUALIFICAÇÃO DOS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINSISTRAÇÃO E FISCAL

MANDATO: 21.12.2020 a 20.12.2024

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente:

JOSÉ DO ROSÁRIO FERNANDES

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: aposentado

RG: 8.907.647- SSP/SP

CPF: 828.469.448-49

Endereço: Rua Camargo Barros, nº 930, Centro, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP

Vice- Presidente:

ELIZEU DONIZETI FERNANDES

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: motorista

RG: 15.749.921-SSP/SP,

CPF: 072.929.158-84

Endereço: Rua Aristides Vasconcelos Leite nº 442, Centro, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP;

Conselheiros:

JOSÉ CLAUDINEI JÓIA JÚNIOR

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: microempresário

RG: 46.211.623-2-SSP/SP,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10
AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

CPF: 392.291.468-38

Endereço: Rua Passa Três, nº 956, Centro, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP;

FÁBIO JOSÉ DO AMARAL

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: divorciado

Profissão: aposentado

RG. 18.240.953-3-SSP/SP

CPF: 089.813.668-70

Endereço: Chácara América, Bairro Água Branca, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP

LAERTE PAES LEITE

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: separado judicialmente

Profissão: aposentado

RG: 10.226.802-SSP/SP

CPF:021.217.338-33

Endereço: Rua Pedro Miranda Campos, nº 1010, Centro, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP;

REGINA APARECIDA RODRIGUES

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: separada judicialmente

Profissão: do lar

RG: 26.208.610-4-SSP/SP

CPF: 165.750.798-08

Endereço: Rua José Luiz Rodrigues,1.200, Jardim Esperança, CEP: 18.285-000, Cesario Lange-SP

MARCO BOTTEON NETO

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado Civil: casado

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Profissão: médico

RG: 12.666.799-SSP/SP

CPF: 074.912.318-45,

Endereço: Avenida Washington Luis, 514, Apto 31, Gonzaga, CEP 11055-000, na cidade de Santos/SP;

JUAREZ PEREIRA

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: solteiro

Profissão: Enfermeiro

RG: 33.339.450-1-SSP/SP

CPF: 279.042.348-23

Endereço: Sitio São José, Bairro Aleluia, CEP: 18.285-000, Cesario Lange/SP;

SÉRGIO LUIZ MENDES

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: médico

RG: 17.701.393-SSP/SP

CPF: 144.952.098-76

Endereço: Rua José Antunes Ferreira, 60, CEP. 18.015-900, na cidade de Sorocaba/SP.

CONSELHO FISCAL

EVALDO MIRANDA

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: solteiro

Profissão: produtor rural

RG: 18.546.772-SSP/SP,

CPF: 100.899.668-80

Endereço: Sítio São Francisco, Bairro Aleluia, CEP: 18.285-000,Cesário Lange-SP;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

RJ

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10
AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

ADILSON DONIZETE DE MIRANDA

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: pedreiro

RG: 27.808.661-6-SSP/SP,

CPF: 183.974.278-05

Endereço: Sítio Nossa Senhora de Lourdes, CEP: 18.255-000, Quadra-SP;

LUIZ MASCARENHAS SOARES

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: aposentado

RG: 18.240.953-3-SSP/SP,

CPF: 387.894.698-87

Endereço: Sítio São José, Bairro Cruz de Cedro, 0-085/083-01, CEP: 18.255-000, Quadra-SP.

MEMBRO SUPLENTE:

CARLOS EDUARDO PEREZ

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: comerciante

RG: 14.865.694-SSP/SP

CPF: 056.602.258-37

Endereço: Rua Alagoas, nº 560, Vila Brasil, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 98941405191618270387-1; Data: 14/05/2019 16:23:42
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AIM86278-BG1Q; Valor Total do Ato: R$ 4,42
Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Reconhecimento: Decreto Federal Nº 62.044 de 04/01/1968 - D.O.U. 08/01/1968

CERTIFICADO

O Diretor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo no exercício de suas atribuições legais e tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - Especialização em Gestão Pública em Saúde, área de conhecimento em Saúde Coletiva, aos 17 de junho de 2010, confere o presente certificado de conclusão de curso a

Roberto Gonella Junior

brasileiro, RG 12.249.262, natural do Estado de São Paulo, nascido em 01 de novembro de 1962, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 01 de setembro de 2010.

Prof. Dr. Luiz Henrique Amaral
Secretário Geral da Faculdade

Roberto Gonella Junior
Concluinte

Prof. Dr. Ernani Geraldo Rolim
Diretor da Faculdade

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 98941405191618270387-2; Data: 14/05/2019 16:23:42
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AIM86277-XK9J; Valor Total do Ato: R$ 4,42
Dr. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São

Reconhecimento: Decreto Federal Nº 62.044 de 04/01/1968 - D.O.U. 08/01/196

Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - Especialização em Gestão Pública em Saúde, Área de Conh

Histórico Escolar: **Roberto Gonella Junior**

I - Disciplinas	Carga Horária	Conceito	Docentes	Titulação
Programa de Desenvolvimento Gerencial	110	10.00	Ana Silvia Martins Montrezol Antunes	Mestre
Gestão do SUS	126	8.90	Paulo Eduardo Mangeon Elias	Doutor
Gestão Estadual e Municipal do SUS em São Paulo	124	9.50	Carmen Cecília de Campos Lavras	Doutor
Monografia(*)		9.50	Nicanor Rodrigues da Silva Pinto	Doutor
TOTAL	360			

II - Período em que foi realizado o curso: De **05/01/2009** a **17/06/2010**

III - Título da Monografia (*)

A implementação do pacto pela saúde em municípios da região de Itapetininga (SP): uma análise do processo e das principais mudanças.

IV - **Este Curso cumpre as disposições da Resolução CNE/CES Nº 1, de 08/06/2007 do Ministério da Educação - MEC.**

o de aprovação: Resolução CONGREGAÇÃO nº 01/2009 de 17 de fevereiro de 2009.

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Registrado sob Nro. **479**

No livro de Registros de certificados Nro. **1**

às FLS. **479**

São Paulo, 01 de setembro de 2010.

Prof. Dr. Luiz Henrique Amaral

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada *Código de Autenticação Digital*[1] ou na referida sequência, foi autenticados de acordo com as Legislações e normas vigentes[3].

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos dos respectivos serviços de Notas e Registros do Estado da Paraíba, a Corregedoria Geral de Justiça editou o Provimento CGJPB Nº 003/2014, determinando a inserção de um código em todos os atos notoriais e registrais, assim, cada Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial contém um código único (por exemplo: ***Selo Digital: ABC12345-X1X2***) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser confirmada e verificada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço http://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **15/05/2019 21:23:47 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o *Código de Consulta desta Declaração*.

Código de Consulta desta Declaração: 1247106

A consulta desta Declaração estará disponível em nosso site até **14/05/2020 16:23:47 (hora local)**.

[1]Código de Autenticação Digital: 98941405191618270387-1 a 98941405191618270387-2
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ N° 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5f45bf17371cb860353ea7b8d821860ddd50344c427e1be669036974c1aff6e2274766460cea548fa1a55d476fb
fc7ffc3c61245a77ea8085fa678f11979f45c

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória N.º 2.200-2,
de 24 de agosto de 2001.

Prefeitura de
IPERÓ

DECLARAÇÃO

A PREFEITURA MUNICIPAL DE IPERÓ, *com CNPJ nº* ***46.634.085/0001-60*** *declara para* os devidos fins, que o Sr. **ROBERTO GONELLA JUNIOR**, portador do CPF nº **048.461.708-70**, RG nº **12.249.262,** PIS nº **170.585.816-04** e da Carteira de Trabalho nº **00019882**, Série **00036**, exerceu o cargo de Secretario de Saúde do Município de Iperó no período de 04 de agosto de 2008 a 02 de janeiro de 2013.

Firmamos a presente declaração para que produza os efeitos necessários.

Iperó, 05 de novembro de 2014

Leandro Firmino de Toledo
Diretor Departamento Serviço Administrativo
RG: 25.677.433-X

Leandro Firmino de Toledo
Diretor Departamento Serviço Administrativo

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º Inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé.
Autenticação: 98941405191618270585-1; Data: 14/05/2019 16:23:47
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AIM86285-GCMS;
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada *Código de Autenticação Digital*[1] ou na referida sequência, foi autenticados de acordo com as Legislações e normas vigentes[3].

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos dos respectivos serviços de Notas e Registros do Estado da Paraíba, a Corregedoria Geral de Justiça editou o Provimento CGJPB Nº 003/2014, determinando a inserção de um código em todos os atos notoriais e registrais, assim, cada Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial contém um código único (por exemplo: ***Selo Digital: ABC12345-X1X2***) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser confirmada e verificada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço http://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **15/05/2019 21:23:09 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o *Código de Consulta desta Declaração*.

Código de Consulta desta Declaração: 1247103

A consulta desta Declaração estará disponível em nosso site até **14/05/2020 16:23:47 (hora local)**.

[1]Código de Autenticação Digital: 98941405191618270585-1
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ N° 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5f45bf17371cb860353ea7b8d821860d2a52308c5cecbd366442cb16836a825f274766460cea548fa1a55d476fb
fc7ffe125bd8faaf921796a93b728508e590c

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória N.º 2.200-2,
de 24 de agosto de 2001.

Declaração

Declaro para os devidos fins que o Sr. Roberto Gonella Junior, portador do RG 12.249.262-6 e CPF 048.461.708-70, ocupou os cargos abaixo relacionados na Prefeitura Municipal de Quadra.

Período	Cargo
02/01/2001 a 30/12/2008	Diretor Municipal de Saúde
01/04/2014 a 30/09/2016	Secretario Municipal de Saúde
03/01/2017 á dias atuais	Secretario Municipal de Saúde

Declaro ainda que, no exercício dos cargos acima descritos, teve como principal função atuar como gestor de todas as ações de saúde desenvolvidas no município (atenção básica, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, media complexidade e urgência/emergência).

Sem mais para o momento.

LUIZ CARLOS PEREIRA
Prefeito Municipal

uadra 06 de Setembro de 2017.

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º Inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé.
Autenticação: 98941405191618270513-1; Data: 14/05/2019 16:23:46
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AIM86284-1P7R;
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

PORTARIA N° 004/2017
De 02 de Janeiro de 2017.

Dispõe sobre a nomeação de Secretário Municipal.

LUIZ CARLOS PEREIRA, Prefeito Municipal de Quadra, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, expede a seguinte **P O R T A R I A:**

Art. 1° - Fica nomeado para exercer o Cargo de Secretário de Saúde, o Sr. **ROBERTO GONELLA JUNIOR**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG n.º 12.249.262 SSP/SP e CPF/MF n.º 048.461.708-70, com as atribuições e remuneração contestante da Lei Municipal nº 343, de 23 de Abril de 2009.

Art. 2º - O Secretário ora nomeado prestará o compromisso de posse em termo próprio e individual e apresentará declaração de bens, na forma do Art. 43, da Lei Orgânica do Município.

Art. 3° - As despesas decorrentes desta Portaria correrão por conta de dotação consignada no orçamento vigente, suplementada se necessário.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições contrárias.

Quadra/SP, 02 de Janeiro de 2017.

LUIZ CARLOS PEREIRA
Prefeito Municipal

Registrado em livros próprios, afixada no átrio do Paço Municipal e encaminhada para publicação na imprensa, na data supra.

HURIAS MIGUEL GOMES
Secretario de Planejamento e Gestão Administrativa

1° OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
Autenticação: 98941405191618270513-2; Data: 14/05/2019 16:23:46
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AIM86283-7D1M;
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé.
Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular

PORTARIA Nº 43/2016
De 04 de outubro de 2016

"Dispõe sobre a exoneração de Secretário Municipal de Saúde"

CARLOS VIEIRA DE ANDRADE, *Prefeito do Município de Quadra, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe confere o art. 39 da Orgânica Municipal, expede a seguinte:*

PORTARIA

Art. 1º *- Fica exonerado do cargo de Secretário Municipal de Saúde o Sr. ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, portador de RG nº. 12.249.262 SSP/SP e CPF no MF nº 048.461.708-70.*

Art. 2º *- As despesas decorrentes da execução da presente Portaria correrão por conta de dotação própria, suplementadas se necessário.*

Art. 3º *- Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.*

Prefeitura Municipal de Quadra, aos 04 de outubro de 2016.

CARLOS VIEIRA DE ANDRADE
Prefeito Municipal

Registrado em livros próprios e publicado no átrio e web site da Prefeitura de Quadra na data supra.

ALESSANDRA MASCARENHAS MENDES
Assistente Administrativo Resp. Diretoria de Administração

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé.
Autenticação: 989414051916182705l3-3; Data: 14/05/2019 16:23:46
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AIM86282-RVV7;
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

PORTARIA 13/2014
De 1º de Abril de 2014

"Dispõe sobre a nomeação de SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE e dá outras providências"

***CARLOS VIEIRA DE ANDRADE**, Prefeito do Município de Quadra, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe confere o art. 39 da Orgânica Municipal, expede a seguinte:*

PORTARIA

***Art. 1º** - Fica nomeado o Sr. ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, portador de CIRG nº. 12.249.262 SSP/SP, CPF no MF nº 048.461.708-70, para exercer o cargo de Secretário Municipal de Saúde, com as atribuições e remuneração constantes da Lei Municipal nº. 343, de 23 de abril de 2009.*

***Art. 2º** - O Secretário ora nomeado prestará o compromisso de posse em termo próprio e individual e apresentará declaração de bens, na forma do Art. 43 da Lei Orgânica do Município.*

***Art. 3º** - As despesas decorrentes da execução da presente Portaria correrão por conta de dotação própria, suplementadas se necessário.*

***Art. 4º** - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Portaria 003/2013, de 02 de Janeiro de 2013.*

Quadra, 1º de abril de 2014.

CARLOS VIEIRA DE ANDRADE
Prefeito Municipal

Registrada em livros próprios e publicada na Prefeitura Municipal de Quadra em 1º de Abril de 2014.

ALESSANDRA MASCARENHAS MENDES
Assistente Administrativo Resp. DEMAD

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º Inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé.
Autenticação: 98941405191618270513-4; Data: 14/05/2019 16:23:46
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AIM86281-NZA7;
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada *Código de Autenticação Digital*[1] ou na referida sequência, foi autenticados de acordo com as Legislações e normas vigentes[3].

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos dos respectivos serviços de Notas e Registros do Estado da Paraíba, a Corregedoria Geral de Justiça editou o Provimento CGJPB Nº 003/2014, determinando a inserção de um código em todos os atos notoriais e registrais, assim, cada Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial contém um código único (por exemplo: ***Selo Digital: ABC12345-X1X2***) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser confirmada e verificada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço http://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **15/05/2019 21:23:30 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o *Código de Consulta desta Declaração*.

Código de Consulta desta Declaração: 1247104

A consulta desta Declaração estará disponível em nosso site até **14/05/2020 16:23:47 (hora local)**.

[1]Código de Autenticação Digital: 98941405191618270513-1 a 98941405191618270513-4
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ N° 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5f45bf17371cb860353ea7b8d821860d2afcb6dd1d0c47d00cebb68a116fc312274766460cea548fa1a55d476fbf
c7ffb282e56504180c0d45c0e9001e6ae3f2

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória N.º 2.200-2,
de 24 de agosto de 2001.

Igor Sanches de Oliveira

Brasileiro I Solteiro | 34 Anos
Av. Marechal Floriano Peixoto, 236, Apt. 345
Cep. 11.060-302 | Santos - SP
Celular: (11) 9 7322-0074
igor051@hotmail.com

OBJETIVO

Controladoria, Auditoria Interna, Contabilidade, Financeiro, Orçamentos e Prestação de Contas.

SÍNTESE DAS QUALIFICAÇÕES

Experiência no terceiro setor, entidades sem fins lucrativos. Conhecimento em reestruturação institucional de acordo com o novo marco regulatório, manutenção do CEBAS e PROSUS. Planejamento tributário para entidades sem fins lucrativos. Experiência em liderança de equipes, atendimento à auditoria externa e aos órgãos de fiscalização. Elaboração técnica/administrativa de projetos de chamamentos públicos e licitações. Prestações de contas para entes públicos e tribunal de contas.

Gerenciamento das atividades relacionadas à controladoria, finanças, fluxo de caixa, orçamentos, auditoria e contabilidade. Assegurando e orientando as tomadas de decisões, preparação e análise dos balanços patrimoniais e demonstrações financeiras, verificando as consistências das informações, além de executar e determinar as correções necessárias. Análise e aprovação das reconciliações das contas do Balanço Patrimonial. Visão comparativa orçado x realizado. Elaboração e análise dos relatórios gerenciais. Expertise em controles internos, para redução de custos, capitação de recursos, avaliação e implantação de processos eficientes.

Experiência em gestão, administração e coordenação de entidades na área da saúde e hospitalar a mais de 5 anos.

Elaboração e Aplicação de Plano de Capacidade Econômico e Financeiro.

Realização de Due Diligence.

CRC Ativo

FORMAÇÕES ACADÊMICAS

Pós-Graduação – MBA Contabilidade das Organizações do Terceiro Setor
FACULDADE UNYLEYA – Cursando

Pós-Graduação – MBA Executivo em Gestão Hospitalar
FACULDADE UNYLEYA – Concluído

Pós-Graduação – MBA Finanças
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCAR – Concluído

Graduação – Bacharel em Ciências Contábeis
UNIVERSIDADE PAULISTA – Concluído

Graduação – Licenciatura em Educação Física
UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – Concluído

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 11 de setembro de 2024 15:45:40 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CURSOS COMPLEMENTARES

- ***CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SP*** *– FÓRUM DO TERCEIRO SETOR;*
- ***INSTITUTO FILANTROPIA*** *– IMERSÃO EM CONTABILIDADE E GESTÃO LEGAL PARA ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR;*
- ***USP*** *- LIDERANÇA, GESTÃO DE PESSOAS E DO CONHECIMENTO PARA INOVAÇÃO;*
- ***TREASY PLANEJAMENTO E CONTROLADORIA*** *- SEMANA DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO;*
- ***TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SP*** *– LICITAÇÕES – EXAME PRÉVIO DE EDITAIS – ARARAQUARA;*
- ***TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SP*** *– REPASSES AO 3º SETOR – ARARAQUARA;*
- ***SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SP*** *– PLANO DE TRABALHO E PRESTAÇÃO DE CONTAS – ARAÇATUBA;*
- ***TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SP*** *– REPASSES AO 3º SETOR – SÃO PAULO;*
- ***SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SP*** *– PLANO DE TRABALHO E PRESTAÇÃO DE CONTAS – SÃO PAULO;*
- ***FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DO RIO GRANDE DO SUL*** *– PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO;*
- ***AUDISA CONSULTORES*** *- CEBAS NA PRÁTICA: PRESTAÇÃO DE CONTAS – MEC – MDS – MS;*
- ***AUDISA CONSULTORES*** *- GESTÃO DE PROCESSOS LIGADOS A ÁREA FINANCEIRA – CONTROLES INTERNOS;*
- ***AUDISA AUDITORES*** *- A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA E A IMPLANTAÇÃO DOS CONTROLES INTERNOS – ASSEGURAÇÃO;*
- ***AUDISA CONSULTORES*** *- CONHECENDO O 3º SETOR;*
- ***AUDISA CONSULTORES*** *- GESTÃO DAS CERTIFICAÇÕES PÚBLICAS (CEBAS/OS/UP/OSCIP);*
- ***AUDISA CONSULTORES -*** *PLANEJAMENTO FINANCEIRO E ORÇAMENTÁRIO PARA ONGS/OSC;*
- ***AUDISA CONSULTORES -*** *TABWIN NA PRÁTICA - FERRAMENTA PARA GESTÃO E SERVIÇOS SUS;*
- ***SENAC*** *- SPED ESCRITURAÇÃO DIGITAL CONTÁBIL E FISCAL.*

CONHECIMENTOS EM INFORMÁTICA

- *INFORMATICA EM AMBIENTE DE WINDOWS.*
- *DOMÍNIO EM EXCEL, WORD E POWER POINT.*

HISTÓRICO PROFISSIONAL

- **IS CONSULTORIA E CONTROLADORIA** - Atual
  SÓCIO PROPRIETÁRIO – CONSULTOR E CONTROLLER.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 11 de setembro de 2024 15:45:40 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

- **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA** – janeiro/2019 a atual
  CONSULTOR E CONTROLLER.

- **INSTITUTO AMBIENT - IA** - março/2018 a atual.
  CONTROLLER.

- **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB** - abril/2016 a abril/2019.
  CONTROLLER.

- **INTELAD GESTÃO DE SAÚDE LTDA** – agosto/2016 a maio/2018.
  CONTROLLER.

- **AUDISA CONSULTORES ASSOCIADOS LTDA** - janeiro/2014 á Abril/2016.
  AUDITOR E CONSULTOR ESPECIALIZADO NO TERCEIRO SETOR.

- **PILOT PEN DO BRASIL S.A. INDÚSTRIA E COMÉRCIO** - julho/2010 á Agosto/2013.
  ASSISTENTE DE CONTABILIDADE.

- **OPINIÃO ASSESSORIA CONTÁBIL LTDA -** maio/2009 á Julho/2010.
  ESTAGIÁRIO DE CONTABILIDADE E AUXILIAR DE CONTABILIDADE.

- **PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO MORATO** – junho/2006 á dezembro/2008
  ESTAGIÁRIO.

- **MC DONALD'S COMÉRCIO DE ALIMENTOS LTDA** – novembro/2003 á dezembro/2005.
  ATENDENTE E TÉCNICO DE QUALIDADE E SERVIÇO.

PRINCIPAIS CURSOS MINISTRADOS

- **CONTABILIDADE PARA ENTIDADES FILANTRÓPICAS - PRESTAÇÃO DE CONTAS** – novembro/2021
  PARCEIRO: *FEDERAÇÃO DAS MIDERICÓRDIAS, ENTIDADES FILANTRÓPICAS E BENEFICENTES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FEMERJ*
  PARCEIRO: *AZEVEDO AUDITORIA E SOLUÇÕES EMPRESARIAIS*

- **PRESTAÇÃO DE CONTAS AOS TRIBUNAIS DE CONTAS, MINISTÉRIO PÚBLICO, ENTRE OUTROS – ASPECTOS CONTÁBEIS** – novembro/2021
  PARCEIRO: *INSTITUTO FILANTROPIA*
  PARCEIRO: *GRUPO AUDISA*

- **PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE SAÚDE- WEBINAR** – maio/2021
  PARCEIRO: *GRUPO AUDISA*

- **PRESTAÇÃO DE CONTAS AOS TRIBUNAIS DE CONTAS, MINISTÉRIO PÚBLICO, ENTRE OUTROS – ASPECTOS CONTÁBEIS** – novembro/2020
  PARCEIRO: *INSTITUTO FILANTROPIA*
  PARCEIRO: *GRUPO AUDISA*

- **ATUAÇÃO DOS TRIBUNAIS DE CONTAS EM ÉPOCA DE COVID 19 - WEBINAR** – setembro/2020
  PARCEIRO: *GRUPO AUDISA*

- **PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE SAÚDE- WEBINAR** – março/2020
  PARCEIRO: *GRUPO AUDISA*

- **CONTABILIDADE PARA ENTIDADES FILANTRÓPICAS - PRESTAÇÃO DE CONTAS** – novembro/2019
  PARCEIRO: *CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSPITAIS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS - CMB*
  PARCEIRO: *FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS BENEFICENTES DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEHOSP*

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 11 de setembro de 2024 15:45:40 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PARCEIRO: *AZEVEDO AUDITORIA E SOLUÇÕES EMPRESARIAIS*

- **PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS ENTIDADES FILANTRÓPICAS DE SAÚDE** – outubro/2019
  PARCEIRO: *GRUPO AUDISA*
  PARCEIRO: *INSTITUTO NACIONAL DE AMPARO A PESQUISA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA - INTS*

- **ATUAÇÃO DOS TRIBUNAIS DE CONTAS NO CONTROLE DAS ENTIDADES** – agosto/2019
  PARCEIRO: *GRUPO AUDISA*

- **CONTABILIDADE PARA ENTIDADES FILANTRÓPICAS - PRESTAÇÃO DE CONTAS** – julho/2019
  PARCEIRO: *CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSPITAIS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS - CMB*
  PARCEIRO: *FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS BENEFICENTES DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEHOSP*
  PARCEIRO: *AZEVEDO AUDITORIA E SOLUÇÕES EMPRESARIAIS*

- **PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS ENTIDADES DE SAÚDE AOS GESTORES SUS** – fevereiro/2019
  PARCEIRO: *GRUPO AUDISA*
  PARCEIRO: *FACULDADE DE MEDICINA FACERES DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

- **CONHECENDO O TERCEIRO SETOR** – fevereiro/2016
  PARCEIRO: *AUDISA CONSULTORES*

- **ORGANIZAÇÕES SOCIAIS** – janeiro/2016
  PARCEIRO: *AUDISA CONSULTORES*

- **INCENTIVOS E CAPITAÇÃO DE RECURSOS** – janeiro/2016
  PARCEIRO: *AUDISA CONSULTORES*

- **TABWIN NA PRÁTICA – FERRAMENTA DE GESTÃO E DE COMPROVAÇÃO DE SERVIÇOS SUS PARA FINS DE CEBAS** – agosto/2015
  PARCEIRO: *AUDISA CONSULTORES*

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 11 de setembro de 2024 15:45:40 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

FACULDADE Unyleya

Certificado

A Faculdade Unyleya, com base na legislação em vigor, no seu Estatuto e no seu Regimento, certifica que

IGOR SANCHES DE OLIVEIRA

Identificação: 40.668.315-3 - SSP/SP

concluiu com aproveitamento o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização, com 360 horas, em

MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR

Área de conhecimento: Administração

Rio de Janeiro, 13 de julho de 2020

IGOR SANCHES DE OLIVEIRA
Pós-Graduado(a)

MARCOS ZIDRO GONÇALVES
Diretor Acadêmico

RZ

RZ

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 11 de setembro de 2024 15:45:40 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP , nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

FACULDADE UNYLEYA - HISTÓRICO ESCOLAR

IGOR SANCHES DE OLIVEIRA

Pós-Graduação *Lato Sensu* **MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR**

Período de Realização (W7548): 27 de dezembro de 2018 a 26 de maio de 2020 - Carga Horária: 360 horas

Disciplina	Carga Horária	Conceito	Nome e Titulação do Corpo Docente
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	40	Excelente	DENISE MARIA DOS SANTOS PAULINELLI RAPOSO - MESTRE
GESTÃO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	40	Excelente	ARQUILEIA ITAIR PEIXOTO GONCALVES - MESTRE
BIOESTATÍSTICA E EPIDEMIOLOGIA	40	Ótimo	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
MARKETING HOSPITALAR	40	Excelente	CESAR AUGUSTO LEITAO - ESPECIALISTA
PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	40	Excelente	EVANDRO TSUFA LEPLETIER GUIMARÃES - MESTRE
GESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS HOSPITALARES	40	Ótimo	EVANDRO TSUFA LEPLETIER GUIMARÃES - MESTRE
LOGÍSTICA E GESTÃO DE MATERIAIS	40	Excelente	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
AUDITORIA E GESTÃO DE QUALIDADE	40	Ótimo	CESAR AUGUSTO LEITAO - ESPECIALISTA
GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E INFORMATIZAÇÃO	40	Bom	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE

O presente certificado de Pós-graduação está em conformidade com os preceitos da Resolução CNE-CES n°1, de 6 de abril de 2018.
A FACULDADE UNYLEYA é credenciada pelo MEC através da Portaria Ministerial n° 1.663 de 05/10/2006, Portaria SESu n° 727 de 31/03/2011 e recredenciada pela Portaria Ministerial Nº 721, de 20/07/2016.

Registrado sob n° 80581 - 757437 / UNY-20

RJ

RJ

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 11 de setembro de 2024 15:45:40 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Página de assinaturas



Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

25 set 2024 08:04:59 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

25 set 2024 08:12:18 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

25 set 2024 08:12:25 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE DIRETORIA ADMINISTRATIVA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR,** brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7;

CONTRATADO: IGOR SANCHES DE OLIVEIRA, brasileiro, portador do RG nº 40.668.315-3 e do CPF/MF nº 230.095.288-25;

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviços de Diretoria Administrativa, que se regerá pelas normas contidas no Regulamento de Compras e Contratações da BHCL e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO DO CONTRATO
1.1. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços de diretoria administrativa para o Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – HMCA do Município de Guarulhos.

CLÁUSULA 2ª - DAS ATIVIDADES
2.1 Caberá à CONTRATADA:
2.1.1 Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
2.1.2 Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
2.1.3 Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
2.1.4 Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;

2.1.5 Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
2.1.6 Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
2.1.7 Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
2.1.8 Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores do hospital, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;
2.1.9 Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
2.1.10 Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
2.1.11 Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
2.1.12 Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
2.1.13 Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
2.1.14 Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
2.1.15 Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
2.1.16 Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

2.1.17 Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
2.1.18 Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
2.1.19 Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
2.1.20 Realizar as despesas ordinárias do Hospital e obter, por escrito, a autorização da BHCL para as extraordinárias;
2.1.21 Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela BHCL;
2.1.22 Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Administrativo Financeiro;
2.1.23 Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da BHCL.
2.2 O objeto do contrato não gera vínculo empregatício entre os empregados da Contratada e a Organização Social Contratante, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

CLÁUSULA 3ª- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
3.1. Executar os serviços conforme sua proposta, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, se o caso, na qualidade e quantidade necessárias a fiel execução do contrato;
3.2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;
3.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano

causado à Organização Social, devendo ressarcir imediatamente em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;

3.4. Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;

3.5. Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante ou do Poder Público Contratante;

3.6. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;

3.7. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.

3.8. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos;

3.9. Paralisar, por determinação da Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.

3.10. Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.

3.11. Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.

3.12. Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.

3.13. Submeter previamente, por escrito, à Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.

3.14. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;
3.15. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na seleção;
3.16. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;
3.17. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como, por exemplo, os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da seleção.
3.18. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da Contratante;
3.19. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;
3.20. Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado;
3.21. Atender fiel e diligentemente os interesses do CONTRATANTE, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela mesma sempre que houver necessidade;
3.22. Comunicar prontamente, por escrito, a CONTRATANTE, sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados;
3.23. Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados;

CLÁUSULA 4ª - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE
4.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

4.2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;
4.3. Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;
4.4. Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Contrato;
4.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber.
4.6. Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:
4.6.1. exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;
4.6.2. direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;
4.6.3. considerar os trabalhadores da Contratada como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.
4.7. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;
4.8. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;
4.9. Arquivar, entre outros documentos, projetos, especificações técnicas, orçamentos, termos de recebimento, contratos e aditamentos, relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas;

CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO
5.1. O valor será estipulado por cotas de contratos nos quais haja a atuação do CONTRATADO.

CLÁUSULA 6ª - DO PAGAMENTO

6.1. O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.
6.2. A emissão da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação será precedida do recebimento definitivo do serviço;
6.3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser encaminhada obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, que consiste em:
6.3.1. prova de regularidade relativa à Seguridade Social;
6.3.2. certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;
6.3.3. certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal ou Distrital do domicílio ou sede do contratado;
6.3.4. Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e
6.3.5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT; ;
6.3.6.Relatório de Atividades.
6.4. O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento;
6.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;
6.6. Será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:
6.6.1. não produziu os resultados acordados;
6.6.2. deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;
6.6.3. deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.
6.7. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.
6.8. Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

6.9. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.
6.10. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação.
6.11. Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente com suas obrigações, salvo por motivo de economicidade ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.
6.12. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, quando couber.
6.13. É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante ou da CONTRATANTE.

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA
7.1. O presente contrato possui prazo indeterminado, acompanhando a vigência do ajuste principal firmado entre a contratante e o Município de Guarulhos.

CLAUSULA 8ª- DO REAJUSTE
8.1. Os preços são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data de assinatura do instrumento contratual.
8.2. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o índice IPCA/IBGE exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.
8.3. O deferimento do pedido de reajuste está condicionado ao deferimento de reajuste no Contrato de gestão entabulado com a administração pública.
8.4. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.
8.5. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida,

liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.
Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.
8.6. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.
8.7. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

CLÁUSULA 9ª - DAS PENALIDADES
9.1. Comete infração contratual, a CONTRATADA que:
9.1.1. deixar de executar, total ou parcialmente, qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
9.1.2. ensejar o retardamento da execução do objeto;
9.1.3. falhar ou fraudar na execução do contrato;
9.1.4. comportar-se de modo inidôneo.
9.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Organização Social pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:
9.2.1.Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;
9.2.2.Multa de:
9.2.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Organização Social, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;
9.2.2.2.2.0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

9.2.2.2.3.0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;
9.2.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e
9.2.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a Organização Social CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;
9.3. As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.
9.4. As sanções previstas nos subitens anteriores poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.
Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	**CORRESPONDÊNCIA**
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO		
ITEM	**DESCRIÇÃO**	**GRAU**
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04

3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03
Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;	02
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

9.5. A aplicação de quaisquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA.

9.6. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão cobrados judicialmente.

9.7. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

9.8. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do participante, a

Organização Social poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.

9.9 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Organização Social, observado o princípio da proporcionalidade.

9.10. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Processo Administrativo respectivo, que poderá ser aberto de forma apensa ao processo de contratação.

CLÁUSULA 10ª - DA RESCISÃO

10.1 O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido:

10.1.1. por ato unilateral e escrito da Organização Social, previamente comunicado com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas;

10.1.2. Pela Contratada, desde que a comunicação de intenção de rescisão seja efetivada com antecedência mínima de 30(trinta) dias

10.1.2. amigavelmente, a qualquer tempo e independentemente de prévia comunicação.

10.3. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.

10.4. O termo de rescisão será precedido de Relatório indicativo dos seguintes aspectos, conforme o caso:

10.4.1. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

10.4.2. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

10.4.3. Indenizações e multas.

CLÁUSULA 11ª- POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

11.1. A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.

11.2. A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores,

consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.

11.3. A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:

11.3.1. sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;

11.3.2. no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob acusação de corrupção ou suborno;

11.3.3. suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e

11.3.4. sujeita às restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.

11.4. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.

11.5. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.

11.6. A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção, assim como o descumprimento de qualquer declaração prevista nesta Cláusula.

11.7. A CONTRATADA declara e garante que:

11.7.1. os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo; e que

11.7.2. informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.
11.8. A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA realize referida nomeação nos termos do item "ii" acima, sendo que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.
11.9. O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.
11.10. A CONTRATADA se obriga a cumprir e fazer respeitar as questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da CONTRATANTE que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando- se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.

CLAUSULA 12ª- DA PROTEÇÃO DE DADOS

12.1. A CONTRATADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a CONTRATADA deverá:
12.2. Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da CONTRATANTE e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à CONTRATANTE, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.
12.3. Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade

de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

12.4. Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da CONTRATANTE.

12.5. Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CONTRATANTE assinaram Acordo de Confidencialidade com a CONTRATADA, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à CONTRATANTE. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

12.6. Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da CONTRATANTE, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações.

12.7. Caso a CONTRATADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente a CONTRATANTE para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

12.8. A CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

12.8.1. Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela CONTRATADA, seus funcionários, ou terceiros autorizados;

12.8.2. Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 13ª- DAS ALTERAÇÕES

13.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina contida no Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange.
13.2. Nos termos do art. 14, parágrafo único do Regulamento de Compras e Contratações da Contratante, a Contratada se obriga a aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;

CLÁUSULA 14ª- DAS DECLARAÇÕES
14.1. A contratada declara, sob as penas da lei, que:
14.1.1. que não emprega menor de 18 ano em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal;
14.1.2. que a proposta foi elaborada de forma independente, nos termos da Instrução Normativa SLTI/MP nº 02, de 16 de setembro de 2009;
14.3. que não possui em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto no inciso III da Constituição Federal;
14.4. que cumpre a exigência de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1993;
14.5. que não possui relação ou parentesco consanguíneo ou afim, em linha colateral, até o terceiro grau, do Prefeito, Vice-Prefeito, de Secretário Municipal, de Presidentes de Autarquias, fundações e empresas estatais, de vereadores do Município contratante, de Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, bem como de diretores, estatutários ou não, da contratante, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão.

CLÁUSULA 15ª- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
15.1. As partes e as testemunhas que firmam o presente instrumento afirmam e declaram que esse poderá ser assinado eletronicamente através de plataforma específica, com fundamento no art. 10, § 2º da MP 2200-2/2001, sendo as assinaturas consideradas válidas, vinculantes e

executáveis, desde que firmadas pelos representantes legais das partes.

15.2. Consigna-se no presente instrumento que a assinatura Digital/eletrônica tem mesma validade jurídica de um registo e autenticação feita em cartório, seja mediante a utilização de certificados e-CPF/e-CNPJ.

15.3. As partes renunciam à possibilidade de exigir troca, envio ou entrega de originais (não eletrônicas) assinadas do instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas.

CLÁUSULA 16ª - DO FORO

16.1. É eleito o Foro da Comarca de Cesário Lange - SP para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Cesário Lange, 21 de dezembro de 2021.

Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870
Versão do Adobe Acrobat: 2018.011.20040

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE

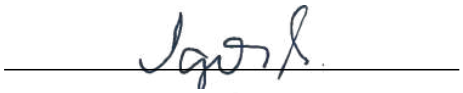
IGOR SANCHES DE OLIVEIRA

TESTEMUNHAS:

NOME: **ALINE DE OLIVEIRA LOURENÇO**
RG.: 42389831-0
CPF.: 303.389.888-23

NOME: DEBORAH MENDES RIBEIRO CAPOVILLA
RG.: 43107055-6
CPF.: 460.075.918-40

Página de assinaturas



Igor Oliveira
230.095.288-25
Signatário

HISTÓRICO

24 set 2024 14:08:31 — **Secretaria Geral BHCL** criou este documento. (Email: notificacao.bhcl@gmail.com)

24 set 2024 14:09:56 — **Igor Sanches de Oliveira** *(Email: igorconsultoria@hotmail.com, CPF: 230.095.288-25)* visualizou este documento por meio do IP 177.137.38.77 localizado em Ilhabela - São Paulo - Brazil

24 set 2024 15:11:53 — **Igor Sanches de Oliveira** *(Email: igorconsultoria@hotmail.com, CPF: 230.095.288-25)* assinou este documento por meio do IP 177.137.38.77 localizado em Ilhabela - São Paulo - Brazil

Página de assinaturas



Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

25 set 2024 07:50:35 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

25 set 2024 07:58:11 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

25 set 2024 07:58:15 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **IGOR SANCHES DE OLIVEIRA,** brasileiro, portador do RG nº 40.668.315-3 e do CPF/MF nº 230.095.288-25, por prestar serviços de **DIRETOR ADMINISTRATIVO** do Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – HMCA do Município de Guarulhos, no período compreendido entre 21.12.2021 e 01.03.2024, desenvolvendo as seguintes atividades:

Atribuições

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores do hospital, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025 10:31:21 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;

- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
- ✓ Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Realizar as despesas ordinárias do Hospital e obter, por escrito, a autorização da BHCL para as extraordinárias;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela BHCL;
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Administrativo Financeiro;
- ✓ Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da BHCL.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 23 de setembro de 2024.

Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870
Versão do Adobe Acrobat: 2018.011.20040

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CNPJ 50.351.626/0001-10

ROBERTO GONELLA JUNIOR

PROVEDOR

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025 10:31:21 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL
CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Categoria
CONTADOR

Nº Registro
SP-297761/O-8

Nome
IGOR SANCHES DE OLIVEIRA

Nascimento
14/10/1987

Nacionalidade
BRASILEIRA

Naturalidade
SAO PAULO-SP

Assinatura do Profissional



Filiação
CARLOS ALBERTO SANCHES DE OLIVEIRA
FRANCISCA VIRGOLINA DE OLIVEIRA

CPF
230.095.288-25

Documento de Identificação
406683153 SSP-SP

Esta carteira tem fé pública como documento de identidade, nos termos do art. 18 do Decreto-Lei n.º 9.295/46, c/c art. 1º da Lei n.º 6.206/75.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Data de Registro
20/01/2014

Validado eletronicamente pelo
Conselho Federal de Contabilidade
Código de Validação: **DF4956C1E535**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL
CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Aproxime um leitor de QR Code para validar ou acesse o endereço:
https://sistemas.cfc.org.br/validacao/profissional/codigo/DF4956C1E535

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE

Arquivo emitido pelo aplicativo CRCDigital em **terça-feira, 8 de abril de 2025, às 14:40**.

KEYLLA JULIANE DA SILVA REZENDE

Brasileira, casada, 39 anos

E-mail: kjuliane@live.com

Santana de Parnaíba- SP

(11) 43218948 (11) 97103-8976

COREN/SP: 223984

GESTÃO MULTIPROFISSIONAL E PROCESSOS DE QUALIDADE

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Saúde pelo Albert Einstein - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Concluído em 2019.

MBA Executivo em Saúde: Ênfase em Gestão de Clínicas e Hospitais pela FGV 2015.

Pós-Graduação em CUIDADOS PALIATIVOS- Instituto Pallium Latinoaméricano – Medicina **Paliativa.** Concluído em 2015.

Pós-Graduação em UTI Adulto pela Universidade São Camilo 2011.

Bacharel em Enfermagem Universidade Nove de Julho em Dez/2008.

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Profissional com carreira desenvolvida na área de saúde atuando em Home Care e hospital de médio e grande porte.

Expertise em mapeamentos de processos, implantação e gestão de equipes multidisciplinares. Responsável pelo recrutamento, formulando descrição de cargos e funções.

Experiência em rotinas de orçamentos, planejamentos, redução de custo, controle de qualidade visão estratégica e foco total no resultado.

Vivência na criação de fluxos, mapeamentos de processos, parcerias com Stakeholders, ferramentas de qualidades, processos de indicadores hospitalares, e participação ativa nos processos de Acreditação.

Sólido conhecimento em práticas assistências, Cuidados Paliativos, clínica médica e UTI.

Destacando total domínio de gerenciar grandes equipes (média de 200 funcionários), desenvolvendo todo planejamento estratégico, cumprimento de metas e indicadores, confecção e execução de plano assistencial e administrativo.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

NOME DA EMPRESA: Beneficência Hospitalar de Cesário Lange

Cargo: Diretora Assistencial/ Projetos

Responsável pelo direcionamento estratégico assistencial da equipe assistencial das unidades de saúde. Líder das iniciativas de práticas assistenciais e experiência do paciente.

Responsável pelo setor de projetos, no direcionamento da equipe para captação e análise de edital e elaboração de proposta técnica e financeira.

NOME DA EMPRESA: Pronto Socorro Central de Barueri (Sameb)

Cargo: Coordenadora de Enfermagem / Responsável Técnica

Líder da equipe de Enfermagem, responsável pela criação de normas, fluxos e rotinas, relatórios, controle de folga e férias. Desenvolvendo metas, controle de indicadores e qualidade.

Cumprir e fazer cumprir, metas de segurança relacionadas ao paciente e colaboradores.

Participação ativa nas comissões contratuais da instituição.

NOME DA EMPRESA: Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini.

Cargo: Gerente Assistencial

Responsável por toda consultoria de Qualidade em processos gerenciais e assistenciais na área de Enfermagem, com aplicação de ferramentas e resoluções de processos. Elaboração de indicadores e metas institucionais/assistenciais, e segurança do paciente.

NOME DA EMPRESA: Hospital Municipal de Barueri

Cargo: Gerente de Programa de Integralidade Domiciliar

Período: jan/2014 a dez/2016.

Gerencia Administrativa da equipe médica (média de 50 profissionais). Responsável pela parceria de Empresas e Instituições de Apoio.

Líder da equipe de Enfermagem, responsável pela criação de normas, fluxos e rotinas, relatórios, controle de folga e férias. Desenvolvendo metas, controle de indicadores e qualidade.

Cumprir e fazer cumprir, metas de segurança relacionadas ao paciente e colaboradores.

Participação ativa nas comissões contratuais da instituição

NOME DA EMPRESA: Hospital Geral de Carapicuíba – ADM São Camilo.

Cargo: Supervisora de Enfermagem

Período: mar/2011 a nov/2013

Líder da equipe de Enfermagem, responsável pela criação de normas e rotinas, relatórios, controle de folga e férias. Desenvolvendo metas, controle de indicadores e qualidade.

Cargo: Enfermeira Assistencial em Clínica médica Cirúrgica, Pronto Socorro, Adulto e UTI.

Sistematização de Enfermagem, práticas e rotinas relacionadas a segurança do paciente.

NOME DA EMPRESA: Ganep – Grupo de Nutrição Humana

Cargo: Enfermeira Administrativa – CASE

Período: jan/2009 a mar/2011

Responsável pelo contato com operadoras de saúde, análise de metas e custos, Implantações, monitoramento e orientações aos pacientes / beneficiários, gerenciamento de conflitos e controle de qualidade na assistência.

NOME DA EMPRESA: ASAS Consultoria em Saúde.

Cargo: Consultora Master

Responsável por implantar serviços de saúde especializado em central de tele monitoramento de pacientes crônicos e paliativos; Apresentação do projeto e suas fases (Diagnostico, planejamento e implantação), construção de indicadores de processos e resultados, plano de ação, ferramentas de qualidade e treinamentos.

CURSOS E ESPECIALIZAÇÕES

Habilidade: Pacote office e Internet

Inglês: nível básico avançado

B**ÁSICO EM CUIDADOS PALIATIVOS** – Instituto Pallium Latinoaméricano – Medicina Paliativa**.** Concluído em 2014.

ACLS – Advanced Cardiac Life Support -Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

Cuidados com cateter central de inserção periférica (PICC) **-** Hospital Sabará

I Jornada Interativa de Avaliação e Tratamento de Feridas - Grupo Ideal – Hospital do Servidor Público Estadual

III Congresso Brasileiro de Nutrição e Câncer - GANEP – Grupo de Nutrição Humana

Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Oncológico de Cabeça e Pescoço - Hospital AC Camargo

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIRETORA ASSISTENCIAL PARA AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE OSASCO

CONTRATO Nº 017/2022
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 017/2022

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7.

CONTRATADO: TK TREINAMENTO, GESTÃO E CONSULTORIA EMPRESARIAL LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 42.434.830/0001-77, situada na Rua Tapajós, 1342, Taruma, Santana de Parnaíba/SP - CEP 06.515-330, neste ato representada por **KEYLLA JULIANE DA SILVA REZENDE,** brasileira, casada, inscrita no RG sob o nº 42.266.537-X SSP/SP e portadora do CPF/MF nº 320.577.198-20**;**

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de de prestação de serviços, que se regerá pelas normas contidas no Regulamento de Compras e Contratações da BHCL e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1ª – DO OBJETO

1.1 O presente instrumento tem como OBJETO a Contratação de pessoa jurídica especializada para prestação de serviços de Diretora Assistencial dos projetos de Gestão dos Contratos de Gestão entabulados com o Município de Osasco (UPA CENTRO, UPA CONCEIÇÃO E UPA MENCK).

CLÁUSULA 2ª - DAS ATIVIDADES

2.1 O contratado compromete-se a executar as atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:
2.2. Assegurar a operação da empresa de acordo com as estratégias predefinidas;
2.3. Construção da imagem da corporação (Valores, comportamento e cultura);
2.4. Comunicação efetiva;
2.5. Planejamento estratégico sob os perfis epidemiológicos e assistenciais;
2.6. Construir novos talentos, de acordo com os valores da instituição;
2.7. Tomada de decisão convergentes com as propostas da instituição e o delineamento estratégico de acordo com as prerrogativas do contrato de gestão.

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

2.8. Realizar planejamento, avaliação e execução técnico-assistencial com base nos perfis de morbimortalidade da cidade de Osasco;
2.9. Acompanhar e supervisionar os indicadores assistenciais do contrato de gestão, bem como realizar apontamentos e considerações que couber no relatório de atividades;
2.10. Emitir parecer, ofícios, e ou outros relatórios técnicos correspondente as atribuições da assessoria da gestão assistencial dos contratos de gestão;
2.11. Realizar implantação de protocolos, fluxos, sistemas correlatos a assistência a saúde humana;
2.12. Atuar no planejamento físico orçamentário, em conjunto com outras diretoriais, com fins de emitir parecer técnico vantajosidade e economicidade de determinados objetos correlatos a assistência à saúde;
2.13. Elaborar a prestação de contas assistencial mensal e final;
2.14. Participar de reuniões, comissões, colegiados entre outras atividades relacionadas a assistência à saúde;
2.15. Realizar diagnósticos e propor intervenções gerenciais sobre as ações e serviços de saúde;
2.16. Entre outras atividades determinadas.

CLÁUSULA 3ª- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
3.1 Executar os serviços conforme sua proposta, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, na qualidade e quantidade necessárias a fiel execução do contrato;
3.2 Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;
3.3 Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Organização Social, devendo ressarcir imediatamente em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;
3.4 Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;
3.5 Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante ou do Poder Público Contratante;
3.6 Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;
3.7 Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

3.8 Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos;
3.9 Paralisar, por determinação da Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.
3.10 Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.
3.11 Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.
3.12 Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.
3.13 Submeter previamente, por escrito, à Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.
3.14 Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;
3.15 Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
3.16 Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;
3.17 Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da seleção.
3.18 Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da Contratante;
3.19 Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;
3.20 Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado;
3.21 Atender fiel e diligentemente os interesses do CONTRATANTE, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela mesma sempre que houver necessidade;
3.22 Comunicar prontamente, por escrito, a CONTRATANTE, sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados;
3.23 Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados;

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

CLÁUSULA 4ª - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1 Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

4.2 Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;

4.3 Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;

4.4 Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Contrato;

4.5 Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber.

4.6 Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:

4.6.1 exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;

4.6.2 direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;

4.6.3 considerar os trabalhadores da Contratada como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.

4.6.4 Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;

4.6.5 Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;

4.6.6 Arquivar, entre outros documentos, projetos, especificações técnicas, orçamentos, termos de recebimento, contratos e aditamentos, relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas;

CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO

5.1 O valor da mensal da contratação é de R$ 6.000,00 (seis mil reais);

5.2 No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução contratual, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e o fornecimento de materiais e peças, além de outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

CLÁUSULA 6ª - DO PAGAMENTO

6.1 O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

6.2 A emissão da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação será precedida do recebimento definitivo do serviço;
6.3 A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal., que consiste em: 1) prova de regularidade relativa à Seguridade Social; 2) certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União; 3) certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal ou Distrital do domicílio ou sede do contratado; 4) Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e 5) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;
6.4 O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento;
6.5 Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;
6.6 Será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:
6.6.1 não produziu os resultados acordados;
6.6.2 deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;
6.6.3 deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.
6.7 Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.
6.8 Antes de cada pagamento à contratada, será realizada consulta para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no regulamento de compras e contratações da BHCL.
6.9 Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.
6.10 Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.
6.11 Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação.
6.12 Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente com suas obrigações, salvo por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.
6.13 Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, quando couber.

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

6.14 É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante ou da CONTRATANTE.

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA

7.1 O prazo de vigência deste Contrato se inicia em 01.08.2023 e corresponderá à vigência do Contrato de Gestão entabulado entre a Contratante e o Município de Osasco, podendo ser prorrogado mediante aditivo contratual.

CLÁUSULA 8ª - DAS PENALIDADES

1. Comete infração contratual, a CONTRATADA que:
2. deixar de executar, total ou parcialmente, qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
3. ensejar o retardamento da execução do objeto;
4. falhar ou fraudar na execução do contrato;
5. comportar-se de modo inidôneo.
6. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Organização Social pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

6.1.Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;

6.2.Multa de:

6.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Organização Social, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;

6.2.2.2.0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

6.2.2.3.0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

6.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e

6.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a
7. Organização Social CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;

as penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.

8. As sanções previstas nos subitens anteriores poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO		
ITEM	**DESCRIÇÃO**	**GRAU**
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04
3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03
Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;	02
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

9. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA.

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

10. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão cobrados judicialmente.
11. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.
12. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do participante, a Organização Social poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.
13. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Organização Social, observado o princípio da proporcionalidade.
14. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Processo Administrativo respectivo.

CLÁUSULA 9ª - DA RESCISÃO

9.1 O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido:
9.1.1 por ato unilateral e escrito da Organização Social, previamente comunicado com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas;
9.1.2 amigavelmente, a qualquer tempo e independentemente de prévia comunicação.
9.1.3 A rescisão do Contrato de Gestão entabulado entre a Contratante e o Município de Osasco-SP é motivo para rescisão imediata deste contrato, sem qualquer ônus às partes.
9.2 Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.
9.3 O termo de rescisão será precedido de Relatório indicativo dos seguintes aspectos, conforme o caso:
9.4 Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;
9.5 Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;
9.6 Indenizações e multas.

CLÁUSULA 10ª - POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

10.1 A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.
10.2 A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

10.3 A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:
10.4 sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;
10.4.1 no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob acusação de corrupção ou suborno;
10.4.2 suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e
10.4.3 sujeita às restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.
10.5 A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.
10.6 A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.
10.7 A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção, assim como o descumprimento de qualquer declaração prevista nesta Cláusula.
10.8 A CONTRATADA declara e garante que os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo; e que
10.8.1 informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.
10.8.2 A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA realize referida nomeação nos termos do item “ii” acima, sendo que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.
10.8.3 O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.
10.8.4 A CONTRATADA se obriga a cumprir e fazer respeitar as questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da CONTRATANTE que, direta ou

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando- se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.

CLAUSULA 11ª - DA PROTEÇÃO DE DADOS

11.1 A CONTRATADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a CONTRATADA deverá:

11.2 Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da CONTRATANTE e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à CONTRATANTE, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.

11.3 Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

11.4 Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da CONTRATANTE.

11.5 Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CONTRATANTE assinaram Acordo de Confidencialidade com a CONTRATADA, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à CONTRATANTE. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

11.6 Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da CONTRATANTE, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações.

11.7 Caso a CONTRATADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente a CONTRATANTE para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

11.8 A CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

11.9 Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela CONTRATADA, seus funcionários, ou terceiros autorizados;
11.10 Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 12 - DO FORO

12.1 É eleito o Foro da Comarca de Cesário Lange - SP para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Osasco, 12 de julho de 2022.

Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870
Versão do Adobe Acrobat: 2018.011.20040

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTRATANTE

TK TREINAMENTO, GESTÃO E CONSULTORIA EMPRESARIAL LTDA
CONTRATADA

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em quarta-feira, 9 de abril de 2025 17:27:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE TAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico w.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

FGV

O Diretor da Escola de Pós-Graduação em Economia e o Diretor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas conferem a

KEYLLA JULIANE DA SILVA REZENDE

Natural de São Paulo - SP, nascido(a) em 14/03/1985, cart. de identidade nº 42266537X - SSP-SP

O Certificado do Curso

MBA EXECUTIVO EM ADMINISTRAÇÃO: GESTÃO DE SAÚDE COM ÊNFASE EM CLÍNICAS E HOSPITAIS

Nível especialização (lato sensu), com 456 horas-aula, concluído em 13 de junho de 2015.

Rio de Janeiro, 8 de dezembro de 2015.

Rubens Penha Cysne
Diretor da EPGE / FGV

Assinatura Digitalizada

Flavio Carvalho de Vasconcelos
Diretor da EBAPE / FGV

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE BARUERI
UBIRATAN PEREIRA GUIMARÃES - TABELIÃO
AL. GRAJAÚ, 279 - ALPHAVILLE - BARUERI - SP
Barueri, SP 13 JUL. 2023 POR ATO R$ 4,63
AUTENTICO A PRESENTE COPIA REPROGRAFICA REDUZIDA CONFORME ORIGINAL A MIM APRESENTADO DOU FÉ
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

AUTENTICAÇÃO 112094 AU0107AU07411691

Selo da Silva Andrade
Escrevente Autorizado

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

HISTÓRICO ESCOLAR

FGV management

Nome do aluno: Keylla Juliane da Silva Rezende

SUP2-0/TMBAES*06-27/20896/2015

Naturalidade: São Paulo - SP | Data de nascimento: 14/03/1985 | Período de realização do curso: 04/05/2013 a 13/06/2015

Curso: MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde com ênfase em Clínicas e Hospitais | Total de Horas-Aula:456 | Coeficiente de Rendimento:8,52

Disciplina	Docente Responsável	Titulação / Instituição	H / A	Frequência	Média Final
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	Marcos Fumio Koyama	Mestre em Administração de Empresas / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	7,50
Gestão de Pessoas em Saúde	Adriana Maria André	Doutor em Enfermagem / Universidade de São Paulo	24h	100%	8,00
Marketing de Organizações em Saúde	Hiram Pereira Baroli	Especialista em Gerência em Gestão de Negócios / Escola Superior de Propaganda e Marketing - Sp	24h	100%	9,50
Gestão de Custos em Saúde	Paulo Knörich Zuffo	Mestre em Administração de Empresas / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	9,30
Gestão do Espaço Físico em Clínicas e Hospitais	Charles Vasserman	Especialista em Administração Hospitalar / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	7,00
Gerenciamento de Casos e Medicina Baseada em Evidências	Camille Rodrigues da Silva	Mestre em Reabilitação / Universidade Federal de São Paulo	24h	100%	9,00
Aspectos Jurídicos em Saúde	Priscilla Saito Nunes de Souza	Especialista em Responsabilidade Civil / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	10,00
Sistemas Integrados de Operadoras de Saúde	Ricardo Ota	Especialista em Administração Hospitalar / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	8,40
Logística Aplicada à Saúde	Geraldo Luiz de Almeida Pinto	Mestre em Sistemas de Gestão / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	9,00
Qualidade e Acreditação em Saúde	Mario Cesar Bittencourt Madureira	Especialista em Economia e Gestão em Saúde / Centro Paulista de Economia da Saúde	24h	100%	7,00
Metodologia Científica para Construção de Tccs - Plano de Impacto nos Negócios	Elisabeth Santos da Silveira	Doutor em Linguística / Universidade Federal do Rio de Janeiro	36h	100%	10,00
Sistemas Integrados de Gestão Aplicados à Saúde	Fernando Luis de Souza Duarte	Especialista em Administração de Empresas Com Ênfase em Gestão / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	7,60
Auditoria em Saúde	Nelson Kazunobu Horigoshi Goldete Priszkulnik	Especialista em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde / Fundação Getulio Vargas Especialista em Gestão de Planos de Saúde / Centro Universitário São Camilo	24h	100%	10,00
Negociação, Administração de Conflitos e Gestão da Mudança em Clínicas e Hospitais	Geraldo Luiz de Almeida Pinto	Mestre em Sistemas de Gestão / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	8,50
Responsabilidade Social e Ética em Saúde	Eduardo Rosa Pedreira	Doutor em Teologia / Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	24h	100%	9,10
Gestão dos Serviços em Saúde	Rubens Baptista Junior	Especialista em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	7,50
Processo Decisório Estratégico	Paulo Roberto de Mendonça Motta	Pós-doutorado em Administração Pública / University of North Carolina	36h	100%	7,25
Contabilidade para Executivos	Zuinglio José Barroso Braga	Doutor em Administração / Florida Christian University	24h	80%	8,80
Trabalho de Conclusão do Curso: Ampliação do Programa de Integralidade Domiciliar - PID, para todos os prontos-socorros de Barueri:Equipe de Captação - PID					8,50

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE BARUERI
UBIRATAN PEREIRA GUIMARÃES - TABELIÃO
AL. GRAJAÚ, 279 - ALPHAVILLE - BARUERI - SP
Barueri,SP 13 JUL. 2023 POR ATO R$ 4,63
AUTENTICO A PRESENTE COPIA REPROGRAFICA REDUZIDA
CONFORME ORIGINAL A MIM APRESENTADO DOU FÉ
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

AUTENTICAÇÃO 112094 AU0107AU0741692

Este curso cumpre as disposições da Resolução CNE/CES 01/2007 e tem validade nacional. Credenciamento EBAPE: Portaria MEC nº 580, de 28/03/2001, D.O.U. de 28/03/2001; Recredenciamento EPGE: Portaria MEC nº 629, de 22.07.2014, DOU de 23/07/2014 - Seção I - p. 19

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original ea27e2f876e25e7b413ef174b568ca782b13218bac36cd05a16e3ed8beb89a2e
https://valida.ae/86f57e58b21ece3dead9b715fcfcad2d14639ceb1124d5d0a

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **KEYLLA JULIANE DA SILVA REZENDE**, brasileira, casada, inscrita no RG sob o nº 42.266.537-X SSP/SP e portadora do CPF/MF nº 320.577.198-20, por prestar serviços de **DIRETORA ASSISTENCIAL** das Unidades de Pronto Atendimento UPA Maria Dirce, UPA Cumbica e UPA São João Lavras, em conformidade com o Contrato de Gestão n. 43/2021, desde 28.07.2021 até a presente data, desenvolvendo as seguintes atividades:

1. Implantar o serviço assistencial profissionalizado de qualidade hospitalar, com foco no gerenciamento de risco à eficiência e segurança dos pacientes;
2. Confeccionar e disponibilizar os manuais necessários para organizar as rotinas assistenciais, especialmente aquela voltada para as metas internacionais de segurança dos pacientes;
3. Confeccionar e disponibilizar os fluxos de processos e informações entre áreas e departamentos das unidades de saúde com seus stakeholders de modo geral;
4. Realizar ações integradas de capacitação profissional de times multidisciplinares com vistas à assistência humanizada;
5. Assessorar diretamente o corpo gestor das unidades de saúde na revisão e implantação de protocolos clínicos e assistenciais.
6. Além daquelas anteriormente descritas, a Contratada também desempenhará as seguintes atividades *in loco* nas dependências das unidades de saúde, idealmente de segundas a sexta-feiras:

6.1 Levantamento de diagnóstico;

6.2 Construção de fluxos e processos;

6.3 Estudo, análise e implantação de medidas de curto, médio e longo prazos a serem definidas em conjunto com o corpo diretivo das unidades de saúde;

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original ea27e2f876e25e7b413ef174b568ca782b13218bac36cd05a16e3ed8beb89a2e
https://valida.ae/86f57e58b21ece3dead9b715fcfcad2d14639ceb1124d5d0a

6.4 Desenvolvimento e aplicação de ferramentas de qualidade como forma de estabelecimento de KPI's à gestão das áreas;
6.5 Interação permanente com as lideranças de diferentes áreas, de modo presencial ou remoto;
6.6 Gerenciar, orientar e supervisionar as atividades desenvolvidas no Pronto Socorro;
6.7 Implantar normas e sistemas de trabalho, discutindo periodicamente com a equipe de trabalho, aplicando a revisão das rotinas e elaboração de novos projetos, bem como aprimorar os já existentes, visando o bom desenvolvimento da área;
6.8 Realizar treinamentos dos protocolos assistenciais;
6.9 Elaborar escala mensal de serviços e elaborar anualmente a escala de férias;
6.10 Gerenciar os serviços de enfermagem, monitorando o processo de trabalho para o
6.11 cumprimento de normas técnicas, administrativas e legais;
6.12 Coordenar o SCIH, acompanhar treinamentos;
6.13 Coordenar o CME, e acompanhar treinamentos.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 09 de abril de 2025.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CNPJ 50.351.626/0001-10
ROBERTO GONELLA JUNIOR
PROVEDOR

Página de assinaturas



Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

09 abr 2025 13:06:06 — **Aline de Oliveira Lourenço** criou este documento. (Email: zlbadvogados@gmail.com, CPF: 303.389.888-23)

09 abr 2025 13:07:00 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 189.40.90.131 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

09 abr 2025 13:07:00 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 189.40.90.131 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

Inscrição - COREN SP 000.223.984

ENFERMEIRA



NOME CIVIL
KEYLLA JULIANE DA SILVA REZENDE

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
SAO PAULO
SP
BRASILEIRA

PRESIDENTE

FILIAÇÃO
JOSE RODOLFO DA SILVA

MARIA PASCOALINA DE ARAUJO

CPF
320.577.198-20

DATA DE EMISSÃO
12/07/2023

DATA DE NASCIMENTO
14/03/1985

DATA DE VALIDADE
12/07/2028

IDENTIDADE
42266537X

ORGÃO EXPEDIDOR
SSP-SP

ASSINATURA PROFISSIONAL

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE
TEM FÉ PÚBLICA (ART. 15 INCISO VII - LEI 5.906 DE 07/05/73)
E LEI 6.206 DE 07/05/75)

X 342279861

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025 10:31:21 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **MAURÍCIO DE OLIVEIRA MOTA,** CPF: 128389918-33, RG: 16298665-8, Casado, Brasileiro, Administrador CRASP 148.888 e Odontopediatra CROSP 62.045, por prestar serviços de **DIRETOR ADMINISTRATIVO** do Contrato de Gestão n. 627/2022, entabulado com o Município de Hortolândia, de 03.11.2022 até a presente data, cujo objeto é execução de ações e serviços de saúde do município, nos Componentes da Atenção Hospitalar, da Urgência e Emergência e Rede de Saúde,, desenvolvendo as seguintes atividades:

Atribuições

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores do hospital, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 9012-651F-3392-9802.

Este documento foi assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025 10:31:21 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 9012-651F-3392-9802.

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
- ✓ Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Realizar as despesas ordinárias do Hospital e obter, por escrito, a autorização da BHCL para as extraordinárias;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela BHCL;
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Administrativo Financeiro;
- ✓ Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da BHCL.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 25 de setembro de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CNPJ 50.351.626/0001-10

ROBERTO GONELLA JUNIOR

PROVEDOR

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 9012-651F-3392-9802.

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025 10:31:21 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O sente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

e documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
a verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 9012-651F-3392-9802.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Certisign Assinaturas. Para verificar as assinaturas clique no link: https://assinaturas.certisign.com.br/Verificar/9012-651F-3392-9802 ou vá até o site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 9012-651F-3392-9802

Hash do Documento

31D0E845239BA807D7312BDDEB4E2F8D2D9C245139806A3258D7289C669C3FE3

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 26/09/2024 é(são) :

Roberto Gonella Junior - 048.461.708-70 em 26/09/2024 09:33 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025 10:31:21 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O sente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas conforme Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

autentique

Página de assinaturas



Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

26 set 2024 10:11:31 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

26 set 2024 12:28:30 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 67.159.247.254 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

26 set 2024 12:28:35 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 67.159.247.254 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025 10:31:21 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

esente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço rônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIRETOR GERAL PARA ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 627/2022 COM O MUNICÍPIO DE HORTOLÂNDIA/SP.

CONTRATO nº 009/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2023

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0008-97, com sede na Rua Artur Henrique Gabe, nº 35 - Parque Ortolandia - Hortolândia/SP - CEP 13.184-090, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7;

CONTRATADO: ENKI - SERVICOS, TREINAMENTO E APOIO OPERACIONAL LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 11.342.468/0001-80, situada na Rua Franca Pinto, 820, Vila Mariana, São Paulo/SP - CEP 04.016-003, neste ato representada por **MAURÍCIO DE OLIVEIRA MOTA**, brasileiro, casado, administrador, portador do RG nº 16298665-8 SSP –SP e do CPF/MF nº 128389918-33;

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas normas contidas no Regulamento de Compras e Contratações da BHCL e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. Contratação de pessoa jurídica especializada para prestação de serviços de diretor geral para acompanhamento do contrato de Gestão nº 627/2022 com o Município de Hortolândia/SP.

CLÁUSULA 2ª - DAS ATIVIDADES

2.1. O contratado compromete-se a executar as atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

a. Coordenar, planejar, controlar e acompanhar as atividades inerentes à área de Recursos Humanos da **CONTRATANTE**, prestando suporte e orientando a equipe no desenvolvimento dos trabalhos, acompanhando os indicadores de performance da sua área, a fim de assegurar e garantir a aplicação dos programas e políticas de recursos humanos definidas pela **CONTRATANTE**, bem como realizar recrutamento e seleção utilizando de entrevistas, provas, dinâmicas e outras ferramentas pertinentes para contratação de profissionais adequados às vagas da **CONTRATANTE**;

a. Implantar e executar os procedimentos necessários para a aquisição de materiais, insumos, etc, sempre com observância ao regulamento de compras da BHCL;

b. Desempenhar, no organograma da unidade, a função de gerente administrativo;

esente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço rônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

c. Suporte gerencial aos demais setores da Área Administrativa, no desenvolvimento de procedimentos para melhoria de eficiência dos serviços;
d. Acompanhamento dos saldos das verbas de manutenção do projeto;
e. Apoio nos processos de aquisição de materiais e contratação de serviços;
f. Elaboração de documentação e contatos prévios com fornecedores;
g. Acompanhamento em vistorias técnicas;
h. Gestão, medições e conferências de contratos terceirizados;
i. Controle de despesas;
j. Apoio ao faturamento.

CLÁUSULA 3ª- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1. Executar os serviços conforme sua proposta, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, se o caso, na qualidade e quantidade necessárias a fiel execução do contrato;
3.2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;
3.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Organização Social, devendo ressarcir imediatamente em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;
3.4. Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;
3.5. Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante ou do Poder Público Contratante;
3.6. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;
3.7. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.
3.8. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos;
3.9. Paralisar, por determinação da Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.
3.10. Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.
3.11. Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.

esente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço rônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.12. Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.
3.13. Submeter previamente, por escrito, à Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.
3.14. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;
3.15. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na seleção;
3.16. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;
3.17. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como, por exemplo, os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da seleção.
3.18. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da Contratante;
3.19. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;
3.20. Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado;
3.21. Atender fiel e diligentemente os interesses do CONTRATANTE, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela mesma sempre que houver necessidade;
3.22. Comunicar prontamente, por escrito, a CONTRATANTE, sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados;
3.23. Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados.

CLÁUSULA 4ª - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;
4.2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;
4.3. Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;

esente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço rônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.4. Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Contrato;
4.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber.
4.6. Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:
4.6.1. exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;
4.6.2. direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;
4.6.3. considerar os trabalhadores da Contratada como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.
4.7. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;
4.8. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;
4.9. Arquivar, entre outros documentos, projetos, especificações técnicas, orçamentos, termos de recebimento, contratos e aditamentos, relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas;

CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO

5.1. O valor mensal da contratação é de **R$ 20.900,00 (VINTE MIL E NOVECENTOS REAIS)**, perfazendo o valor total de **R$ 104.500,00 (CENTO E QUATRO MIL E QUINHENTOS REAIS)**.
5.2. O valor a ser efetivamente pago será obtido após a comprovação da efetiva prestação de serviços, que poderá ser feita através de relatório de execução/medição ou fornecimento de produto, este comprovado através de com a informação de aceite e recebimento pelo setor responsável;
5.3. No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução contratual, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e o fornecimento de materiais e peças, além de outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

CLÁUSULA 6ª - DO PAGAMENTO

6.1. O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.
6.2. A emissão da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação será precedida do recebimento definitivo do serviço;
6.3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser encaminhada ao e-mail prestacaocontas.hortolandia@bhcl.org.br e obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, que consiste em:
6.3.1. prova de regularidade relativa à Seguridade Social;
6.3.2. certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;
6.3.3. certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal ou Distrital do domicílio ou sede do contratado;

6.3.4. Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e
6.3.5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT; ;
6.3.6.Relatório de Atividades.
6.4. O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento;
6.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;
6.6. Será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:
6.6.1. não produziu os resultados acordados;
6.6.2. deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;
6.6.3. deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.
6.7. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.
6.8. Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.
6.9. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.
6.10. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação.
6.11. Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente com suas obrigações, salvo por motivo de economicidade ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.
6.12. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, quando couber.
6.13. É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante ou da CONTRATANTE.

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA
7.1. O prazo de vigência deste Contrato corresponde à vigência do Contrato de Gestão entabulado entre a Contratante e o Município de Hortolândia-SP;
7.2. O prazo poderá ser prorrogado mediante aditivo contratual;

CLÁUSULA 8ª- DO REAJUSTE

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - CARTÓRIO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

esente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço rônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

8.1. Os preços são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data de assinatura do instrumento contratual.
8.2. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o índice IPCA/IBGE exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.
8.3. O deferimento do pedido de reajuste está condicionado ao deferimento de reajuste no Contrato de gestão entabulado com a administração pública.
8.4. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.
8.5. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.
Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.
8.6. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.
8.7. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

CLÁUSULA 9ª - DAS PENALIDADES
9.1. Comete infração contratual, a CONTRATADA que:
9.1.1. deixar de executar, total ou parcialmente, qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
9.1.2. ensejar o retardamento da execução do objeto;
9.1.3. falhar ou fraudar na execução do contrato;
9.1.4. comportar-se de modo inidôneo.
9.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Organização Social pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:
9.2.1.Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;
9.2.2.Multa de:
9.2.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Organização Social, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;
9.2.2.2.2.0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

9.2.2.2.3.0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;
9.2.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e
9.2.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a Organização Social CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;
9.3. As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.
9.4. As sanções previstas nos subitens anteriores poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.
Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO		
ITEM	**DESCRIÇÃO**	**GRAU**
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04
3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03
Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão	02

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço rônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

	fiscalizador, por ocorrência;	
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

9.5. A aplicação de quaisquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA.
9.6. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão cobrados judicialmente.
9.7. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.
9.8. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do participante, a Organização Social poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.
9.9 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Organização Social, observado o princípio da proporcionalidade.
9.10. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Processo Administrativo respectivo, que poderá ser aberto de forma apensa ao processo de contratação.

CLÁUSULA 10ª - DA RESCISÃO

10.1 O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido:
10.1.1. por ato unilateral e escrito da Organização Social, previamente comunicado com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas;
10.1.2. Pela Contratada, desde que a comunicação de intenção de rescisão seja efetivada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias
10.1.3. amigavelmente, a qualquer tempo e independentemente de prévia comunicação.
10.1.4. A conclusão do processo de contratação ordinário ensejará a rescisão imediata da presente avença, sem qualquer ônus às partes.
10.2. A rescisão do Contrato de Gestão entabulado entre a Contratante e o **Município de Hortolândia-SP** é motivo para rescisão imediata deste contrato, sem qualquer ônus às partes.
10.3. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.
10.4. O termo de rescisão será precedido de Relatório indicativo dos seguintes aspectos, conforme o caso:
10.4.1. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;
10.4.2. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

esente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço ônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

esente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço rônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

10.4.3. Indenizações e multas.

CLÁUSULA 11ª- POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

11.1. A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.

11.2. A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.

11.3. A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:

11.3.1. sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;

11.3.2. no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob acusação de corrupção ou suborno;

11.3.3. suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e

11.3.4. sujeita às restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.

11.4. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.

11.5. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.

11.6. A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção, assim como o descumprimento de qualquer declaração prevista nesta Cláusula.

11.7. A CONTRATADA declara e garante que:

11.7.1. os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo; e que

11.7.2. informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.

11.8. A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA realize referida nomeação nos termos do item "ii" acima, sendo

que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.

11.9. O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.

11.10. A CONTRATADA se obriga a cumprir e fazer respeitar as questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da CONTRATANTE que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando- se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.

CLÁUSULA 12ª- DA PROTEÇÃO DE DADOS

12.1. A CONTRATADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a CONTRATADA deverá:

12.2. Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da CONTRATANTE e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à CONTRATANTE, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.

12.3. Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

12.4. Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da CONTRATANTE.

12.5. Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CONTRATANTE assinaram Acordo de Confidencialidade com a CONTRATADA, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à CONTRATANTE. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

12.6. Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da CONTRATANTE, quer direta ou indiretamente, seja

esente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço ônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

esente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço rônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações.

12.7. Caso a CONTRATADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente a CONTRATANTE para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

12.8. A CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

12.8.1. Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela CONTRATADA, seus funcionários, ou terceiros autorizados;

12.8.2. Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 13ª- DAS ALTERAÇÕES

13.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina contida no Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange.

13.2. Nos termos do art. 14, parágrafo único do Regulamento de Compras e Contratações da Contratante, a Contratada se obriga a aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;

CLÁUSULA 14ª- DAS DECLARAÇÕES

14.1. A contratada declara, sob as penas da lei, que:

14.1.1. que não emprega menor de 18 ano em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal;

14.1.2. que a proposta foi elaborada de forma independente, nos termos da Instrução Normativa SLTI/MP nº 02, de 16 de setembro de 2009;

14.3. que não possui em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto no inciso III da Constituição Federal;

14.4. que cumpre a exigência de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1993;

14.5. que não possui relação ou parentesco consanguíneo ou afim, em linha colateral, até o terceiro grau, do Prefeito, Vice-Prefeito, de Secretário Municipal, de Presidentes de Autarquias, fundações e empresas estatais, de vereadores do Município contratante, de Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, bem como de diretores, estatutários ou não, da contratante, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão.

CLÁUSULA 15ª- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. As partes e as testemunhas que firmam o presente instrumento afirmam e declaram que esse poderá ser assinado eletronicamente através de plataforma específica, com fundamento no art. 10, § 2º da MP 2200-2/2001 e art 6º do Decreto nº 10.278/2020,

sendo as assinaturas consideradas válidas, vinculantes e executáveis, desde que firmadas pelos representantes legais das partes.

15.2. Consigna-se no presente instrumento que a assinatura Digital/eletrônica tem mesma validade jurídica de um registo e autenticação feita em cartório, seja mediante a utilização de certificados e-CPF/e-CNPJ.

15.3. As partes renunciam à possibilidade de exigir troca, envio ou entrega de originais (não eletrônicas) assinadas do instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas.

CLÁUSULA 16ª - DO FORO

16.1. É eleito o Foro da Comarca de Hortolândia - SP para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Hortolândia, 17 de junho de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE - BHCL
CONTRATANTE

ENKI - SERVICOS, TREINAMENTO E APOIO OPERACIONAL LTDA
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

NOME: Flavia A. Reis
RG.: 50.539.899-0
CPF.: 460.064.258-90

NOME: Juliana G. R. Ramos
RG.: 45 829 193-7
CPF.: 423.588.158-29

resente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - ABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço rônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BUREAU VERITAS

Certificate of Attendance

This is to certify that

Mauricio de Oliveira Mota

Of

Particular

Attended the

CURSO DE AUDITOR LÍDER DE RESPONSABILIDADE SOCIAL – SA 8000

Held on

São Paulo – SP Brazil

Signed: ..... *Date: 23th april to 26th april, 2007*

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO
CENTRO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO
TURIM

DIPLOMA

Maurício de Oliveira Mota

Participou no Curso à Distância de **Especialização em Desenvolvimento Local** do Programa **Delnet** e, tendo concluído com sucesso o mesmo, atribui-se-lhe este **Diploma.**

Delnet, Curso: Novembro 2005/2006

O DIRETOR DO CENTRO

CENTRO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO * TURIM

Diploma número Delnet/2006/738

Turim, 16 de Outubro de 2006

O Programa Delnet do Centro Internacional de Formação da OIT leva-se a cabo graças ao apoio da Cidade de Sevilha, Espanha (Município de Sevilha)

e conta com a colaboração de:

Escola Superior de Pessoal do Sistema das Nações Unidas - (UNSSC); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Programa de Melhores Práticas e Liderança Local de UNCHS - HABITAT; Governo da Província de Barcelona, Espanha

1485

Faculdade de Odontologia de Araras

O Diretor Geral da UNIARARAS,
União das Faculdades da Fundação Hermínio Ometto,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do
Curso de Odontologia,
em 30 de janeiro de 1999, confere o título de
Cirurgião Dentista a

Maurício de Oliveira Mota

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 31 de outubro de 1971,
RG 16.298.665-8 - SSP - SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Araras, 30 de janeiro de 1999

Prof. Dr. Reinaldo Brito e Dias
Diretor Geral

Diplomado

Nair das Neves
Secretária Geral

RF

ASSOCIAÇÃO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS DE CAMPINAS
acdc
FUNDADA EM 25 DE SETEMBRO DE 1926

ASSOCIAÇÃO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS DE CAMPINAS
ESCOLA DE APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL
"PROF. DR. JOAQUIM FERREIRA LIMA"

EAP ACDC
PROF. DR. JOAQUIM FERREIRA LIMA

Certificado

Certificamos que o cd MAURICIO DE OLIVEIRA MOTA, CRO - SP. 62.045, filho de OSCAR MOTA FILHO E DE MARLY DE OLIVEIRA MOTA, nascido aos 31 DE OUTUBRO DE 1971 em CAMPINAS-SP., concluiu o CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA, coordenado pelo prof. José Carlos Petorossi Imparato, iniciado em 02/08/1999 e concluído em 23/01/2001, com carga horária de 780 horas, sendo assim distribuídas: Domínio Conexo, 120 horas; Área de Concentração com 528 horas práticas e 132 horas teóricas. Ética e Legislação Odontológica, 15 horas; Metodologia do Trabalho Científico, 15 horas. Foi aprovado com o grau 9,0 estando registrado sob no. 18.877, fls. no. 38 , livro 008 da EAP-ACDC.

Campinas, 19 de Abril de 2.001.

Rielson José Alves Cardoso
Diretor da EAP/ACDC

José Carlos Petorossi Imparato
Coordenador

Ricardo Jordão Rocha
Presidente da ACDC

REGISTRADA NO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA NO LIVRO E-N-I- NA FOLHA 5-V, PORTARIA Nº 3 DE 22/02/74

REGIONAL DA

UNAERP

Universidade de Ribeirão Preto

Reconhecida pelo Governo Federal - Portaria Ministerial 980/85

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIFICADO DE ESPECIALIZAÇÃO

A Reitora da **UNAERP**, com os poderes conferidos pelo Regimento Geral desta Universidade, CERTIFICA que

Mauricio de Oliveira Mota

concluiu o Curso de **ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**, ministrado por esta Universidade, na cidade de São Paulo, em convênio com o **CENTRO DE ESTUDOS "FRANCO DA ROCHA"**, reconhecido como Sociedade de Utilidade Pública pela lei nº 3067, de julho de 1955, no período compreendido entre 27 de fevereiro de 1999 e 01 de abril de 2000, com carga horária de 850 h. (oitocentas e cinquenta horas), tendo cumprido todas as exigências regulamentares e obtido a nota 9.5 *(nove e meio)*

Ribeirão Preto, 10 de agosto de 2000

Reitora

Diretor do Centro de Pós-Graduação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ASSOCIAÇÃO POTIGUAR DE EDUCAÇÃO E CULTURA - APEC
UNIVERSIDADE POTIGUAR

CERTIFICADO

A Reitora da UNIVERSIDADE POTIGUAR, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto da Universidade certifica que

MAURÍCIO DE OLIVERA MOTA

nacionalidade brasileira, natural de Campinas, SP, nascido em 31 de outubro de 1971, concluiu com êxito o CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA, em nível de pós-graduação lato sensu, realizado em Sao Paulo, SP, no período de janeiro de 2007 a agosto de 2008, com carga horária total de 432 horas.

Natal, 23 de junho de 2009.

RENITO JOSÉ WERLANG
Secretário Geral

SÂMELA SORAYA GOMES DE OLIVEIRA
Reitora

MAURÍCIO DE OLIVERA MOTA
162986658 - SSP/SP

27

BUREAU VERITAS
Certification

Certificate of Course Completion

This is to certify that

Mauricio de Oliveira Mota

has successfully completed the

accredited SA8000 Auditor Course
approved by SAI and Examination Thereon

Held on: 23rd-26th April 2007

at: São Paulo, Brazil

Signed by Bureau Veritas Certification

Certificate No.699_07VR8/8

Rossella Ravagli
SA 8000 Course Manager

Issue Date: ***04 June 2007***

SAI
SOCIAL ACCOUNTABILITY INTERNATIONAL
SA 8000





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
DE SÃO PAULO
CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

SISTEMA CFA/CRAs

REGISTRO
148888

DATA DO REGISTRO
28/08/2019

VIA
1ª

NOME
MAURICIO DE OLIVEIRA MOTA

TÍTULO PROFISSIONAL
ADMINISTRADOR

DOC. IDENTIFICAÇÃO
16.298.665-8

DATA EXP
31/01/2019

ÓRGÃO EXPEDIDOR
SSP/SP

CPF
128.389.918-33

ASSINATURA DO PORTADOR

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL - LEI Nº 6.206/75

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.



FILIAÇÃO

MARNY DE OLIVEIRA MOTA

OSCAR MOTA FILHO

NASCIMENTO: 31/10/1971

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

NATURALIDADE: CAMPINAS - SP

DIPLOMADO POR

UNIVERSIDADE DO TOCANTINS - UNITINS

REGISTRO MEC Nº

79268

Identidade profissional de ADMINISTRADOR, habilitado na forma da lei Nº 4.769, de 09/09/1965

CIP VÁLIDA ATÉ: INDETERMINADO

SÃO PAULO - SP 28/08/2019

LOCAL E DATA DE EXP

Roberto L Cardoso

PRESIDENTE DO CRA-SP

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL - LEI Nº 6.206/75

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 25 de setembro de 2024 15:12:36 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIREÇÃO JURÍDICA PARA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7;

CONTRATADO: THIAGO DE CARVALHO ZINGARELLI, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB/SP 305.104, portador do RG nº 30.693.497-0 – SSP/SP e do CPF/MF nº 283.233.628-07, residente e domiciliado na cidade de Araraquara/SP, por intermédio da pessoa jurídica **ZINGARELLI, LOURENÇO & BARBOSA SOCIEDADE DE ADVOGADOS**, com registro na OAB/SP sob o nº 17.192, com escritório profissional situado na Avenida 15 de Novembro, 1.438 – Carmo, na cidade de Araraquara, Cep. 14.801-063, no Estado de São Paulo, e-mail: zlbadvogados@gmail.com.

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de de Prestação de Serviços de Assessoria e Consultoria Jurídica, que se regerá pelas normas contidas no Regulamento de Compras e Contratações da BHCL e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, consubstanciado no âmbito administrativo e terceiro setor na condição de DIRETOR JURÍDICO da entidade.

CLÁUSULA 2ª - DAS ATIVIDADES

2.1. A função do DIRETOR JURÍDICO é indelegável e caracteriza-se, além da aplicação de conhecimentos técnicos, mediante completa autonomia técnico-científica, conduta elevada que se enquadre dentro dos padrões que norteiam a profissão e atendimento como parte responsável perante as autoridades competentes e profissionais.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.2 O contratado compromete-se a executar as atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

2.2.1 O trabalho consistirá na elaboração de peças processuais administrativas pela contratante, bem como atuação nos processos administrativos decorrentes do processo de intervenção;

2.2.2 Prestar todo o apoio jurídico concernente ao aperfeiçoamento contínuo do sistema jurídico da contratante, bem como acompanhar os prepostos dela em audiências decorrentes do parágrafo único, da clausula primeira, reuniões administrativas e contratuais, enfim, dar ampla assessoria jurídica na execução dos serviços prestados pela contratante;

2.2.3 Manter a regularidade dos atos constitutivos da CONTRATANTE, bem como assessorar nas necessárias modificações e elaboração de documentação complementar (regimentos);

2.2.4 Prestar assessoria jurídica para repactuação de contratos, rescisões e novas contratações;

2.2.5 Prestar assessoria para pactuação de novas obrigações com os entes públicos;

2.2.6 Assessoria nos processos de obtenção de certificações e ou renovações de certificações;

2.2.7 Prestar assessoria jurídica ao setor financeiro e de contabilidade, notadamente de prestação de contas;

2.2.8 Emissão de pareceres sobre a legalidade de atos e procedimentos a serem adotados;

2.2.9 Atuação como procurador da entidade nos processos judiciais em que lhe for outorgado instrumento de mandato;

CLÁUSULA 3ª- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1. Executar os serviços conforme sua proposta, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, se o caso, na qualidade e quantidade necessárias a fiel execução do contrato;

3.2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;

3.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Organização Social, devendo ressarcir imediatamente em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.4. Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;

3.5. Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante ou do Poder Público Contratante;

3.6. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;

3.7. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.

3.8. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos;

3.9. Paralisar, por determinação da Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.

3.10. Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.

3.11. Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.

3.12. Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.

3.13. Submeter previamente, por escrito, à Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.

3.14. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;

3.15. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na seleção;

3.16. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;

3.17. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

fatores futuros e incertos, tais como, por exemplo, os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da seleção.

3.18. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da Contratante;

3.19. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;

3.20. Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado;

3.21. Atender fiel e diligentemente os interesses do CONTRATANTE, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela mesma sempre que houver necessidade;

3.22. Comunicar prontamente, por escrito, a CONTRATANTE, sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados;

3.23. Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados;

CLÁUSULA 4ª - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

4.2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;

4.3. Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;

4.4. Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Contrato;

4.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber.

4.6. Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:

4.6.1. exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;

4.6.2. direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;

4.6.3. considerar os trabalhadores da Contratada como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.

4.7. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;

4.8. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;

4.9. Arquivar, entre outros documentos, projetos, especificações técnicas, orçamentos, termos de recebimento, contratos e aditamentos, relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas;

CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO

5.1. O valor será estipulado por cotas de contratos nos quais haja a atuação do CONTRATADO.

CLÁUSULA 6ª - DO PAGAMENTO

6.1. O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.

6.2. A emissão da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação será precedida do recebimento definitivo do serviço;

6.3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser encaminhada ao e-mail roberto.gonella@hotmail.com e obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, que consiste em:

6.3.1. prova de regularidade relativa à Seguridade Social;

6.3.2. certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;

6.3.3. certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal ou Distrital do domicílio ou sede do contratado;

6.3.4. Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e

6.3.5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT; ;

6.3.6.Relatório de Atividades.

6.4. O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento;

6.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para

pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;

6.6. Será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

6.6.1. não produziu os resultados acordados;

6.6.2. deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;

6.6.3. deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

6.7. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

6.8. Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

6.9. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.

6.10. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação.

6.11. Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente com suas obrigações, salvo por motivo de economicidade ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.

6.12. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, quando couber.

6.13. É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante ou da CONTRATANTE.

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA

7.1. O presente contrato possui prazo indeterminado.

CLAUSULA 8ª- DO REAJUSTE

8.1. Os preços são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data de assinatura do instrumento contratual.

esente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE OTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O esente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

8.2. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o índice IPCA/IBGE exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

8.3. O deferimento do pedido de reajuste está condicionado ao deferimento de reajuste no Contrato de gestão entabulado com a administração pública.

8.4. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

8.5. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.

Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.

8.6. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

8.7. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

CLÁUSULA 9ª - DAS PENALIDADES

9.1. Comete infração contratual, a CONTRATADA que:

9.1.1. deixar de executar, total ou parcialmente, qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;

9.1.2. ensejar o retardamento da execução do objeto;

9.1.3. falhar ou fraudar na execução do contrato;

9.1.4. comportar-se de modo inidôneo.

9.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Organização Social pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

9.2.1.Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;

9.2.2.Multa de:

9.2.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Organização Social, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;

9.2.2.2.2.0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

9.2.2.2.3.0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

9.2.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e

9.2.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a Organização Social CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;

9.3. As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.

9.4. As sanções previstas nos subitens anteriores poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO		
ITEM	**DESCRIÇÃO**	**GRAU**
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03
Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;	02
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

9.5. A aplicação de quaisquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA.

9.6. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão cobrados judicialmente.

9.7. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

9.8. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do participante, a Organização Social poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.

9.9 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Organização Social, observado o princípio da proporcionalidade.

9.10. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Processo Administrativo respectivo, que poderá ser aberto de forma apensa ao processo de contratação.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA 10ª - DA RESCISÃO

10.1 O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido:

10.1.1. por ato unilateral e escrito da Organização Social, previamente comunicado com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas;

10.1.2. Pela Contratada, desde que a comunicação de intenção de rescisão seja efetivada com antecedência mínima de 30(trinta) dias

10.1.2. amigavelmente, a qualquer tempo e independentemente de prévia comunicação.

10.3. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.

10.4. O termo de rescisão será precedido de Relatório indicativo dos seguintes aspectos, conforme o caso:

10.4.1. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

10.4.2. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

10.4.3. Indenizações e multas.

CLÁUSULA 11ª- POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

11.1. A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.

11.2. A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.

11.3. A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:

11.3.1. sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;

11.3.2. no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob acusação de corrupção ou suborno;

11.3.3. suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e

11.3.4. sujeita às restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.

11.4. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.

11.5. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.

11.6. A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção, assim como o descumprimento de qualquer declaração prevista nesta Cláusula.

11.7. A CONTRATADA declara e garante que:

11.7.1. os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo; e que

11.7.2. informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.

11.8. A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA realize referida nomeação nos termos do item "ii" acima, sendo que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.

11.9. O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.

11.10. A CONTRATADA se obriga a cumprir e fazer respeitar as questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da CONTRATANTE que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando- se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLAUSULA 12ª- DA PROTEÇÃO DE DADOS

12.1. A CONTRATADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a CONTRATADA deverá:

12.2. Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da CONTRATANTE e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à CONTRATANTE, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.

12.3. Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

12.4. Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da CONTRATANTE.

12.5. Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CONTRATANTE assinaram Acordo de Confidencialidade com a CONTRATADA, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à CONTRATANTE. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

12.6. Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da CONTRATANTE, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações.

12.7. Caso a CONTRATADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente a CONTRATANTE para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

12.8. A CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

12.8.1. Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela CONTRATADA, seus funcionários, ou terceiros autorizados;

12.8.2. Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 13ª- DAS ALTERAÇÕES

13.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina contida no Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange.

13.2. Nos termos do art. 14, parágrafo único do Regulamento de Compras e Contratações da Contratante, a Contratada se obriga a aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;

CLÁUSULA 14ª- DAS DECLARAÇÕES

14.1. A contratada declara, sob as penas da lei, que:

14.1.1. que não emprega menor de 18 ano em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal;

14.1.2. que a proposta foi elaborada de forma independente, nos termos da Instrução Normativa SLTI/MP nº 02, de 16 de setembro de 2009;

14.3. que não possui em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto no inciso III da Constituição Federal;

14.4. que cumpre a exigência de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1993;

14.5. que não possui relação ou parentesco consanguíneo ou afim, em linha colateral, até o terceiro grau, do Prefeito, Vice-Prefeito, de Secretário Municipal, de Presidentes de Autarquias, fundações e empresas estatais, de vereadores do Município contratante, de Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, bem como de diretores, estatutários ou não, da contratante, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão.

CLÁUSULA 15ª- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. As partes e as testemunhas que firmam o presente instrumento afirmam e declaram que esse poderá ser assinado eletronicamente através de plataforma específica, com fundamento no art. 10, § 2º da MP 2200-2/2001, sendo as assinaturas consideradas

válidas, vinculantes e executáveis, desde que firmadas pelos representantes legais das partes.

15.2. Consigna-se no presente instrumento que a assinatura Digital/eletrônica tem mesma validade jurídica de um registo e autenticação feita em cartório, seja mediante a utilização de certificados e-CPF/e-CNPJ.

15.3. As partes renunciam à possibilidade de exigir troca, envio ou entrega de originais (não eletrônicas) assinadas do instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas.

CLÁUSULA 16ª - DO FORO

16.1. É eleito o Foro da Comarca de Cesário Lange - SP para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Cesário Lange, 01 de outubro de 2019.

ROBERTO GONELLA JÚNIOR
BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE

THIAGO DE CARVALHO ZINGARELLI
ZINGARELLI, LOURENÇO & BARBOSA SOCIEDADE DE ADVOGADOS

TESTEMUNHAS:

NOME:
RG.:
CPF.:

NOME:
RG.:
CPF.:

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **THIAGO DE CARVALHO ZINGARELLI**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB/SP 305.104, portador do RG nº 30.693.497-0 – SSP/SP e do CPF/MF nº 283.233.628-07, residente e domiciliado na cidade de Araraquara/SP, por intermédio da pessoa jurídica **ZINGARELLI, LOURENÇO & BARBOSA SOCIEDADE DE ADVOGADOS**, com registro na OAB/SP sob o nº 17.192, com escritório profissional situado na Avenida 15 de Novembro, 1.438 – Carmo, na cidade de Araraquara, Cep. 14.801-063, no Estado de São Paulo, por prestar serviços na condição de DIRETOR JURÍDICOS desta entidade desde 01.10.2019 até a presente data, com atuação em assessoria e consultoria jurídica, desenvolvendo as seguintes atividades:

1. Atuação como DIRETOR JURÍDICO com aplicação de conhecimentos técnicos, mediante completa autonomia técnico-científica, conduta elevada que se enquadre dentro dos padrões que norteiam a profissão e atendimento como parte responsável perante as autoridades competentes e profissionais.

2. Elaboração de peças processuais administrativas pela contratante, bem como atuação nos processos administrativos;

3. Prestar todo o apoio jurídico concernente ao aperfeiçoamento contínuo do sistema jurídico da contratante, bem como acompanhar os prepostos dela em audiências decorrentes do parágrafo único, da clausula primeira, reuniões administrativas e contratuais,

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código F82D-3227-EDB5-EB46.

e documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
a verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código F82D-3227-EDB5-EB46.

enfim, dar ampla assessoria jurídica na execução dos serviços prestados pela contratante;

4. Manter a regularidade dos atos constitutivos da CONTRATANTE, bem como assessorar nas necessárias modificações e elaboração de documentação complementar (regimentos);

5. Prestar assessoria jurídica para repactuação de contratos, rescisões e novas contratações;

6. Prestar assessoria para pactuação de novas obrigações com os entes públicos;

7. Assessoria nos processos de obtenção de certificações e ou renovações de certificações;

8. Prestar assessoria jurídica ao setor financeiro e de contabilidade, notadamente de prestação de contas;

9. Emissão de pareceres sobre a legalidade de atos e procedimentos a serem adotados;

10. Atuação como procurador da entidade nos processos judiciais em que lhe for outorgado instrumento de mandato;

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 13 de Julho de 2023.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CNPJ 50.351.626/0001-10

ROBERTO GONELLA JUNIOR

PROVEDOR

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código F82D-3227-EDB5-EB46.

e documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
a verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código F82D-3227-EDB5-EB46.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma IziSign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://izisign.com.br/Verificar/F82D-3227-EDB5-EB46 ou vá até o site https://izisign.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: F82D-3227-EDB5-EB46

Hash do Documento

BF6E49EEFD8613BB26584403D33F31DECFB4DAD30CDBC2692D36AFD625A8CB5E

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 14/07/2023 é(são) :

☑ roberto Gonella Júnior - 048.461.708-70 em 14/07/2023 08:16 UTC-03:00
Nome no certificado: Roberto Gonella Junior
Tipo: Certificado Digital

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃOCAMILO

O Reitor do Centro Universitário São Camilo, no uso de suas atribuições confere o presente certificado a

Thiago de Carvalho Zingarelli

nacionalidade brasileira, nascido a 20 de julho de 1979 em Araraquara - SP
R.G. nº 306934978 SP

por ter concluído em 16 de dezembro de 2021 o curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em
MBA EM GESTÃO DE SAÚDE, realizado na cidade de São Paulo - SP,
com carga horária de 508 horas, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 28 de abril de 2022

Monica Gomes Abel
Secretária Geral

Thiago de Carvalho Zingarelli
Pós-Graduado

Prof. Me. João Batista Gomes de Lima
Reitor

1510

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por CARLOS ROBERTO SETONYE DE CAMPOS, em segunda-feira, 26 de junho de 2023 17:47:31 GMT-03:00, CNS: 12.531-0 - TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

NATURALIDADE: Araraquara - SP
NACIONALIDADE: Brasileira
IDENTIDADE: 306934978 SP

GRADUAÇÃO: DIREITO
GRANDE ÁREA DO CONHECIMENTO - CIÊNCIAS SOCIAIS, NEGÓCIOS E DIREITO
ÁREA DO CONHECIMENTO - COMÉRCIO E ADMINISTRAÇÃO

MÓDULO - A - SISTEMAS, POLITICAS E MERCADO DA SAÚDE

DISCIPLINA	C.H.	FREQ. %	NOTA	CONCEITO
▵ EPIDEMIOLOGIA GERENCIAL E BIOESTATÍSTICA KAIO HENRIQUE CORREA MASSA / DOUTOR(A)	32	-	8,00	APROVADO
▵ GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DA SAÚDE MONISE TEDESCO / ESPECIALISTA	32	-	9,50	APROVADO
▵ SISTEMAS, POLÍTICAS E MERCADO DA SAÚDE ANA MARIA CAMPO ALVES DA CUNHA / MESTRE(A)	32	-	9,50	APROVADO

MÓDULO - B - INDIVIDUOS, PROCESSOS E QUALIDADE

DISCIPLINA	C.H.	FREQ. %	NOTA	CONCEITO
▵ HOSPITALIDADE, HUMANIZAÇÃO E HOTELARIA EM SAÚDE MONISE TEDESCO / ESPECIALISTA	32	-	8,50	APROVADO
▵ PESSOAS, EQUIPES E ORGANIZAÇÕES ELAINE DENISE CANDIANI / MESTRE(A)	32	-	7,50	APROVADO
▵ QUALIDADE E SEGURANÇA NOS PROCESSOS DE SAÚDE FABIANA CANDIDO DOS REIS / ESPECIALISTA	32	-	9,00	APROVADO

MÓDULO - C - GESTÃO DE OPERAÇÕES EM SAÚDE

DISCIPLINA	C.H.	FREQ. %	NOTA	CONCEITO
▵ FINANÇAS CORPORATIVAS ANDRE DO NASCIMENTO / ESPECIALISTA	32	-	8,00	APROVADO
▵ GESTÃO DE MARKETING E RELACIONAMENTO EMPRESARIAL LILIAN ALMEIDA MOREIRA RIBEIRO / MESTRE(A)	32	-	10,00	APROVADO
▵ OPERAÇÕES, TECNOLOGIAS E INOVAÇÃO EM SAÚDE CLAUDIO BARBAN / ESPECIALISTA	32	-	7,00	APROVADO

MÓDULO - D - NEGOCIOS EM SAÚDE

DISCIPLINA	C.H.	FREQ. %	NOTA	CONCEITO
▵ EMPREENDEDORISMO NA SAÚDE LUIZ RENATO BENTO / MESTRE(A)	32	-	7,50	APROVADO
▵ GOVERNANÇA CORPORATIVA E ÉTICA EMPRESARIAL LUIZ RENATO BENTO / MESTRE(A)	32	-	7,50	APROVADO
▵ METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTIFICA ELAINE DENISE CANDIANI / MESTRE(A)	32	-	7,50	APROVADO

MÓDULO - E - INSTITUCIONAL

DISCIPLINA	C.H.	FREQ. %	NOTA	CONCEITO
▵ ESTUDOS INDIVIDUAIS OU EM GRUPO MAURO CESAR DE ANDRADE / ESPECIALISTA	64	-	7,50	APROVADO
▵ TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	60	-	7,50	APROVADO

CARGA HORÁRIA TOTAL: 508

TCC

TÍTULO: ANÁLISE DA VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE MODELO GERENCIAL VOLTADO A EFICIÊNCIA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL
ORIENTADOR: MAURO CESAR DE ANDXRADE/ ESPECIALISTA

OBSERVAÇÕES:

Recredenciado pela Portaria nº 545 de 03/06/2015.
Credenciado para Educação a distância pela Portaria nº 1109 de 27/11/2015.

Declaramos que o presente Certificado foi expedido conforme a Resolução CNE/CES nº 1 de 8 de junho de 2007, revogada pela Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, tendo validade nacional.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Certificado registrado sob nº 12131, Livro 03
São Paulo, 28 de abril de 2022

Monica Gomes Abel
Secretária Geral

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por CARLOS ROBERTO SETONYE DE CAMPOS, em segunda-feira, 26 de junho de 2023 17:47:31 GMT-03:00, CNS: 12.531-0 - TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

014094

CONTRATO Nº 004/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 006/2024

CONTRATO EDUARDO MELHADO SANT´ANNA SERVIÇOS HOSPITALARES

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
Av. Raul Furquim
CEP 14.700-300 – Bebedouro - SP
E-mail: bhcl.bebedouro@gmail.com

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DO MUNICIPIO DE BEBEDOURO.

CONTRATO Nº 002/2024
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 002/2024

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7.

CONTRATADO: EDUARDO MELHADO SANT'ANNA SERVICOS HOSPITALARES, com sede à Rº CORREIA DE LEMOS, nº 587, APTO 151 – 04.140-000, CHACARA INGLESA inscrita no CNPJ nº 07.852.477/0001-44, representada por **EDUARDO MELHADO SANT'ANNA**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade tipo R.G. nº 16.170.180-2 e CPF/MF nº 076.296.498/78.

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de de prestação de serviços, que se regerá pelas normas contidas no Regulamento de Compras e Contratações da BHCL e pelas cláusulas seguintes:

1) O presente instrumento tem como OBJETO a Contratação de pessoa jurídica especializada para prestação de serviços de coordenação administrativa e supervisão do projeto de Gestão, em razão do Contrato de Gestão entabulado com o município que tem

por objeto a execução de ações e serviços de Saúde para a Unidade de Pronto Atendimento 24h Municipal de Bebedouros

CLÁUSULA 2ª - DAS ATIVIDADES

1) O contratado compromete-se a executar as atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

2) O contratado será responsável pelos seguintes serviços:

a) Coordenar, planejar, controlar e acompanhar as atividades inerentes à área de Recursos Humanos da CONTRATANTE, prestando suporte e orientando a equipe no desenvolvimento dos trabalhos, acompanhando os indicadores de performance da sua área, a fim de assegurar e garantir a aplicação dos programas e políticas de recursos humanos definidas pela **CONTRATANTE**, bem como realizar recrutamento e seleção utilizando de entrevistas, provas, dinâmicas e outras ferramentas pertinentes para contratação de profissionais adequados às vagas da **CONTRATANTE**;

b) Implantar e executar os procedimentos necessários para a aquisição de materiais, insumos etc, sempre com observância ao regulamento de compras da BHCL;

c) Desempenhar, no organograma da unidade, a função de gerente administrativo;

d) - suporte gerencial aos demais setores da Área Administrativa, no desenvolvimento de procedimentos para melhoria de eficiência dos serviços;

e) - acompanhamento dos saldos das verbas de manutenção do projeto;

f) - apoio nos processos de aquisição de materiais e contratação de serviços;

g) - elaboração de documentação e contatos prévios com fornecedores;

h) - acompanhamento em vistorias técnicas;

i) - gestão, medições e conferências de contratos terceirizados;

j) - controle de despesas;

-apoio ao faturamento.

CLÁUSULA 3ª- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

1. Executar os serviços conforme sua proposta, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os

materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, na qualidade e quantidade necessárias a fiel execução do contrato;

2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;
3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Organização Social, devendo ressarcir imediatamente em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;
4. Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;
5. Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante ou do Poder Público Contratante;
6. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;
7. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.
8. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos;
9. Paralisar, por determinação da Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.
10. Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.

11. Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.
12. Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.
13. Submeter previamente, por escrito, à Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.
14. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;
15. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
16. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;
17. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da seleção.
18. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da Contratante;
19. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;
20. Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado;

21. Atender fiel e diligentemente os interesses do CONTRATANTE, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela mesma sempre que houver necessidade;
22. Comunicar prontamente, por escrito, a CONTRATANTE, sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados;
23. Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados;

CLÁUSULA 4ª - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;

3. Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;

4. Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Contrato;

5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber.

6. Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:

7. exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;

8. direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;

9. considerar os trabalhadores da Contratada como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.

10. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;

11. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;

12. Arquivar, entre outros documentos, projetos, especificações técnicas, orçamentos, termos de recebimento, contratos e aditamentos, relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas;

CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO

1. O valor da mensal da contratação é de R$ 12.000,00 (Doze mil reais);

2. No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução contratual, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e o fornecimento de materiais e peças, além de outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

CLÁUSULA 6ª - DO PAGAMENTO

1. O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.

2. A emissão da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação será precedida do recebimento definitivo do serviço;

3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal., que consiste em: 1) prova de regularidade relativa à Seguridade Social; 2) certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União; 3) certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal ou Distrital do domicílio ou sede do contratado; 4) Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e 5) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;

4. O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento;

5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;

6. Será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

7. não produziu os resultados acordados;

8. deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;

9. deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

10. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

11. Antes de cada pagamento à contratada, será realizada consulta para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no regulamento de compras e contratações da BHCL.

12. Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

13. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.

14. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação.

15. Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente com suas obrigações, salvo por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.

16. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, quando couber.

17. É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante ou da CONTRATANTE.

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA

1. O prazo de vigência deste Contrato corresponde à vigência do Contrato de Gestão entabulado entre a Contratante e o Município de Bebedouro, ou seja, desde sua assinatura até 01/02/2025

2. O prazo poderá ser prorrogado mediante aditivo contratual.

CLÁUSULA 8ª - DAS PENALIDADES

1. Comete infração contratual, a CONTRATADA que:

2. deixar de executar, total ou parcialmente, qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;

3. ensejar o retardamento da execução do objeto;

4. falhar ou fraudar na execução do contrato;

5. comportar-se de modo inidôneo.

6. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Organização Social pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

6.1.Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;

6.2.Multa de:

6.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Organização Social, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;

6.2.2.2.0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

6.2.2.3.0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

6.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e

6.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a 7. Organização Social CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;

as penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.

8. As sanções previstas nos subitens anteriores poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato

4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO		
ITEM	**DESCRIÇÃO**	**GRAU**
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04
3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03
Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01

7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;	02
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

9. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA.

10. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão cobrados judicialmente.

11. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

12. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do participante, a Organização Social poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.

13. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Organização Social, observado o princípio da proporcionalidade.

14. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Processo Administrativo respectivo.

CLÁUSULA 9ª - DA RESCISÃO

1. O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido:

2. por ato unilateral e escrito da Organização Social, previamente comunicado com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas;

3. amigavelmente, a qualquer tempo e independentemente de prévia comunicação.

4. A rescisão do Contrato de Gestão entabulado entre a Contratante e o Município de Bebedouro-SP é motivo para rescisão imediata deste contrato, sem qualquer ônus às partes.

5. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.

6. O termo de rescisão será precedido de Relatório indicativo dos seguintes aspectos, conforme o caso:

7. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

8. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

9. Indenizações e multas.

CLÁUSULA 10ª - POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

1. A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.

2. A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, partes relacionadas, durante o

cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.

3. A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:

4. sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;

5. no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob acusação de corrupção ou suborno;

6. suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e

7. sujeita às restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.

8. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.

9. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.

10. A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção, assim como o descumprimento de qualquer declaração prevista nesta Cláusula.

11. A CONTRATADA declara e garante que

12. os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo; e que

13. informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.

14. A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA realize referida nomeação nos termos do item "ii" acima, sendo que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.

15. O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.

16. A CONTRATADA se obriga a cumprir e fazer respeitar as questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da CONTRATANTE que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando- se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.

CLAUSULA 11ª - DA PROTEÇÃO DE DADOS

1. A CONTRATADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a CONTRATADA deverá:

2. Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da CONTRATANTE e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de

não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à CONTRATANTE, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.

3. Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

4. Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da CONTRATANTE.

5. Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CONTRATANTE assinaram Acordo de Confidencialidade com a CONTRATADA, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à CONTRATANTE. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

6. Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da CONTRATANTE, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações.

7. Caso a CONTRATADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente a CONTRATANTE para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

8. A CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

9. Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela CONTRATADA, seus funcionários, ou terceiros autorizados;

10. Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 12 - DO FORO

1. É eleito o Foro da Comarca de Cesário Lange - SP para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Bebedouro, 01 de Fevereiro de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTRATANTE

EDUARDO MELHADO SANT'ANNA
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

NOME: VINI
RG.:
CPF.:

Vinicius L. de A. Migliorucci
Coordenador de Apoio

NOME:
RG.:
CPF.:

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

Eduardo Anna
076.296.498-78
Signatário

HISTÓRICO

23 abr 2024 16:16:18 — **Aline de Oliveira Lourenço** criou este documento. (E-mail: zlbadvogados@gmail.com)

24 abr 2024 07:05:35 — **Roberto Gonella Junior** *(E-mail: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 177.220.176.118 localizado em Curitiba - Paraná - Brazil

24 abr 2024 07:05:54 — **Roberto Gonella Junior** *(E-mail: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 177.220.176.118 localizado em Curitiba - Paraná - Brazil

24 abr 2024 11:45:01 — **Eduardo Melhado Sant' Anna** *(E-mail: gerencia.bhclbirigui@gmail.com, CPF: 076.296.498-78)* visualizou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em Sao Vicente - São Paulo - Brazil

24 abr 2024 11:45:11 — **Eduardo Melhado Sant' Anna** *(E-mail: gerencia.bhclbirigui@gmail.com, CPF: 076.296.498-78)* assinou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em Sao Vicente - São Paulo - Brazil

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
Av. Raul Furquim
CEP 14.700-300 – Bebedouro - SP
E-mail: bhcl.bebedouro@gmail.com

ADENDO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DO MUNICIPIO DE BEBEDOURO.

CONTRATO nº 002/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 002/2024.

ADENDO Nº 001/2024

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7;

CONTRATADO: EDUARDO MELHADO SANT'ANNA SERVICOS HOSPITALARES, com sede à Rº CORREIA DE LEMOS, nº 587, APTO 151 – 04.140-000, CHACARA INGLESA inscrita no CNPJ nº 07.852.477/0001-44, representada por **EDUARDO MELHADO SANT'ANNA,** brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade tipo R.G. nº 16.170.180-2 e CPF/MF nº 076.296.498/78.

Pelo presente instrumento fazem um complemento a clausula contratual, as partes estabelecem o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA. O presente Termo Adendo tem por objeto a complementação de Cláusulas do originário Contrato de Prestação de Serviços.

CLAUSULA SEGUNDA. CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
Av. Raul Furquim
CEP 14.700-300 – Bebedouro - SP
E-mail: bhcl.bebedouro@gmail.com

1. O valor da mensal da contratação é de R$ 12.000,00 (Doze mil reais);

1.1 A partir do 7º mês de vigência do presente contrato de prestação de serviço importará no valor mensal de R$ 15.000,00 (Quinze mil reais);

2. No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução contratual, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e o fornecimento de materiais e peças, além de outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

CLAUSULA TERCEIRA. Sem prejuízo da prerrogativa de ajustes por fatos supervenientes, continuam a viger as demais clausulas do pacto inicial, a que se refere este aditamento, desde que não conflitem com os termos deste aditivo.

E por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento de contrato, em duas vias de igual teor, para que produzam no mundo jurídico os mesmos efeitos, prometendo cumpri-lo por si e por seus sucessores.

Bebedouro 03 de Fevereiro de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTRATANTE

EDUARDO MELHADO SANT'ANNA
SERVICOS HOSPITALARES
CONTRATADA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
Av. Raul Furquim
CEP 14.700-300 – Bebedouro - SP
E-mail: bhcl.bebedouro@gmail.com

TESTEMUNHAS:

Jessica Aline Rosa
Administrativo / RH

NOME:
RG.:
CPF.:

NOME:
RG.:
CPF.:

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 4963f7c580e3e12096680a8c43e99e45ff407728ecd1e6194416eb61f89abac6
https://valida.ae/5c18741f20eec313153f8a73a0876eac07f9aa3ca24120cf2

ADITIVO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DO MUNICIPIO DE BEBEDOURO.

ADITIVO nº 001/2025

CONTRATO nº 002/2024

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7;

CONTRATADO: EDUARDO MELHADO SANT'ANNA SERVICOS HOSPITALARES, com sede à Rº CORREIA DE LEMOS, nº 587, APTO 151 – 04.140-000, CHACARA INGLESA inscrita no CNPJ nº 07.852.477/0001-44, representada por **EDUARDO MELHADO SANT'ANNA,** brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade tipo R.G. nº 16.170.180-2 e CPF/MF nº 076.296.498/78.

Pelo presente instrumento de aditamento de clausula contratual, as partes estabelecem o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA. Fica aditado o prazo contratual por mais 12 (doze) meses, a contar do dia 02 fevereiro de 2025.

PARAGRAFO ÚNICO. Havendo a prorrogação do contrato de gestão nº 004/2024, o presente será automaticamente prorrogado, independente de termo aditivo.

CLAUSULA SEGUNDA. Sem prejuízo da prerrogativa de ajustes por fatos supervenientes, continuam a viger as demais clausulas do pacto inicial, a que se refere este aditamento, desde que não conflitem com os termos deste aditivo.

E por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento de contrato, em duas vias de igual teor, para que produzam no mundo jurídico os mesmos efeitos, prometendo cumpri-lo por si e por seus sucessores.

Bebedouro ,13 de Janeiro de 2025.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTRATANTE

EDUARDO MELHADO SANT'ANNA SERVICOS HOSPITALARES
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

NOME: **Aline de Oliveira Lourenço**
RG.:
CPF.: **303.389.888-23**

NOME: **Victor Lucas dos Santos**
RG.:
CPF.: **443.082.848-21**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 4963f7c580e3e12096680a8c43e99e45ff407728ecd1e6194416eb61f89abac6
https://valida.ae/5c18741f20eec31153f8a73a0876eac07f9aa3ca24120cf2

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

Eduardo 'Anna
076.296.498-78
Signatário

Aline Lourenço
303.389.888-23
Signatário

Victor Santos
443.082.848-21
Signatário

HISTÓRICO

24 jan 2025 15:22:16 — **Aline de Oliveira Lourenço** criou este documento. (Email: zlbadvogados@gmail.com, CPF: 303.389.888-23)

28 jan 2025 14:29:12 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: bhclrh.bebedouro@gmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

28 jan 2025 14:29:16 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: bhclrh.bebedouro@gmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

24 jan 2025 16:09:53 — **Eduardo Melhado Sant 'Anna** *(Email: diretoriabebedouro@gmail.com, CPF: 076.296.498-78)* visualizou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

28 jan 2025 14:30:08 — **Eduardo Melhado Sant 'Anna** *(Email: diretoriabebedouro@gmail.com, CPF: 076.296.498-78)* assinou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

24 jan 2025 15:22:17 — **Aline de Oliveira Lourenço** *(Email: zlbadvogados@gmail.com, CPF: 303.389.888-23)* visualizou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

28 jan 2025 14:30:46 — **Aline de Oliveira Lourenço** *(Email: zlbadvogados@gmail.com, CPF: 303.389.888-23)* assinou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

28 jan 2025 14:31:24 — **Victor Lucas dos Santos** *(Email: victorlucas19991@gmail.com, CPF: 443.082.848-21)* visualizou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

28 jan 2025 14:31:28 **Victor Lucas dos Santos** *(Email: victorlucas19991@gmail.com, CPF: 443.082.848-21)* assinou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

1537

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

RECONHECIDA PELO MEC — DECRETO N.° 79.268/77

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIFICADO DE PÓS-GRADUAÇÃO (Lato Sensu) — Resolução n.° 12/83

O Diretor da Faculdade de Administração Hospitalar certifica que

EDUARDO MELHADO SANT'ANNA

concluiu em 07 de maio de 1996. o Curso de Pós-Graduação "lato sensu",

a nível de especialização, na área de " ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR "

São Paulo, 20 de setembro de 1.996.

26.° CART.

PRESIDENTE - IPH
Dr. Walter Lopes Ferreira

DIRETOR-GERAL
Dr. Domingos M.F. Fiorentini

COORDENADOR
Dr. Roberto Kanaane

PÓS-GRADUADO
Eduardo Melhado Sant'anna

AUTENTICAÇÃO: Autentico esta cópia reprográfica conforme original a mim apresentado, do que dou fé.
PAULINIA - Fone (19) 3874-8900
02 SET. 2019
TABELIONATO DE PAULINIA - SP
BEL. PEDRO VALDECI SALMAZO-TABELIÃO
Verifique somente com selo de autenticidade
Selo Cobrado p/ Autenticação R$ 3,64
Gustavo Bitencourt Chaves - ESCREVENTE

AUTENTICAÇÃO 117/21 AU07713AD0969911

26.° CART.

27

AUTENTICAÇÃO: Autentico esta cópia reprográfica conforme original a mim apresentado, do que dou fé.
PAULÍNIA - Fone: (19) 3874-8900
02 SET. 2019
TABELIONATO DE PAULÍNIA - SP
BEL. PEDRO VALDECI SALMAZO-TABELIÃO
Válido somente com selo de autenticidade
Valor cobrado p/ Autenticação R$ 3,64
Gustavo Bitencourt Chaves - ESCREVENTE

AUTENTICAÇÃO
Colégio Notarial do Brasil
Seção São Paulo
117721
AU07138AD0969912

HISTÓRICO ESCOLAR

DISCIPLINAS	horas/aula	Notas
CURRICULUM DO CURSO		
1 — CONCENTRAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	350 h	
— Teoria Geral das Organizações Hospitalares	40	9,5
— Planejamento Hospitalar	40	8,5
— Organização e Métodos	40	10,0
— Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos nos Hospitais	40	8,5
— Administração Contábil e Financeira	40	9,0
— As Ciências do Comportamento Aplicadas à Administração Hospitalar	40	9,0
— Desenvolvimento Organizacional (Hospitalar)	40	9,0
— Direito Empresarial	40	8,5
— Gestão da Qualidade em Hospitais	30	8,5
2 — DISCIPLINAS DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS	60 h	
— Métodos e Técnicas de Ensino / Pesquisa	20	8,5
— Didática do Ensino Superior	20	9,0
— Prática de Magistério	20	9,0
3 — TRABALHO FINAL	150 h	9,0
	560 h	

20 3 TABELIONATO DE NOTAS 26
SERVIO DOS SANTOS
Tabelião Designado
Praça João Mendes 42 - 1º and. - PABX - 607 8491 - S. Paulo
Reconh... por semelhança a(s) firma... RS TDO DC
WALTER LOPES FERREIRA (1)
SÃO ... 14 NOV 1997
Em test... da verdade
SELO DE AUTENTICIDADE
POR FIRMA
Escrivão R$ 0,57
Estadual R$ 0,15
C. Serv. R$ 0,11
A.P.M. .....
Total R$ 0,83
FIRMA
SERVIÇO PÚBLICO DELEGADO
AV Nº 214611
autenticidade

Faculdade de Administração Hospitalar

do

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

(1) Diretor da Faculdade de Administração Hospitalar, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração em 19 de dezembro de 1987, confere o título de

Bacharel em Administração a

Eduardo Melhado Sant'Anna

brasileiro, natural do Estado de São Paulo nascido a 20 de fevereiro de 1963, cédula de identidade R.G. nº 16.170.180, SP e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 20 de março de 1988

Secretário

Diplomado

Diretor

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo 117721 AUTENTICAÇÃO AU07134D0369901

AUTENTICAÇÃO: Autentico esta cópia reprográfica conforme original a mim apresentado, do que dou fé. PAULÍNIA - Fone (19) 3874-8900

02 SET. 2019

TABELIONATO DE PAULÍNIA - SP
BEL. PEDRO VALDECI SALMAZO-TABELIÃO
Válido somente com selo de autenticidade
Valor cobrado p/ Autenticação R$ 3,64
Gustavo Bitencourt Chaves - ESCREVENTE

Curso de Administração Hospitalar
Reconhecido pelo Decreto n.º 79.268 em 14-02-77,
DOU de 15-02-77.

APOSTILA

O diplomado concluiu nesta Faculdade a habilitação:

Administração Hospitalar.

São Paulo, 20/03/88

Secretário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Anotada a Apostila
São Paulo, 05 de julho de 1988
Secção de Registros de Diplomas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob n.º 762571
no livro CE-63 fôlha 043
processo n.º 88.1.16983.1.3
Em 05 de julho de 1988

Por Delegação de Competência do Ministério da Educação e Cultura (Portarias M.E.C. 726/77 e 71/77)

CONFERE
Em 06/07/1988
Secção de Registro

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
São Paulo, 06 JUL 1988
DARCI PAREJA DE ALMEIDA
Secretário Geral Subst.º

AUTENTICAÇÃO: Autentico esta cópia reprográfica conforme original a mim apresentado, do que dou fé.
PAULÍNIA - F.: (19) 3874-8900
02 SET. 2019
TABELIONATO DE PAULÍNIA - SP
BEL. PEDRO VALDECI SALMAZO TABELIÃO
Válido somente com selo de autenticidade
Valor cobrado p/ Autenticação R$ 3,64
Gustavo Bitencourt Chaves - ESCREVENTE

Colégio Notarial do Brasil
Seção São Paulo
117721
AUTENTICAÇÃO
AU0713AD0969902

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **EDUARDO MELHADO SANT ANNA**, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 16170180 – SSP/SP e do CPF/MF nº 076.296.498-78, residente e domiciliado na cidade de São Paulo/SP, por prestar serviços na condição de GERENTE ADMINISTRATIVO do Pronto Socorro de Birigui "Dr Alceu Lot", desde 11.04.2023 até a presente data, desenvolvendo as seguintes atividades:

a. Coordenar, planejar, controlar e acompanhar as atividades inerentes à área de Recursos Humanos da CONTRATANTE, prestando suporte e orientando a equipe no desenvolvimento dos trabalhos, acompanhando os indicadores de performance da sua área, a fim de assegurar e garantir a aplicação dos programas e políticas de recursos humanos definidas pela **CONTRATANTE**, bem como realizar recrutamento e seleção utilizando de entrevistas, provas, dinâmicas e outras ferramentas pertinentes para contratação de profissionais adequados às vagas da **CONTRATANTE**;

b. Implantar e executar os procedimentos necessários para a aquisição de materiais, insumos, etc., sempre com observância ao regulamento de compras da BHCL;

c. Desempenhar, no organograma da unidade, a função de gerente administrativo;

d. suporte gerencial aos demais setores da Área Administrativa, no desenvolvimento de procedimentos para melhoria de eficiência dos serviços;

e. acompanhamento dos saldos das verbas de manutenção do projeto;

f. apoio nos processos de aquisição de materiais e contratação de serviços;

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código 38E6-BE50-B70B-E95E.

e documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
a verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código 38E6-BE50-B70B-E95E.

g. elaboração de documentação e contatos prévios com fornecedores;

h. acompanhamento em vistorias técnicas;

i. gestão, medições e conferências de contratos terceirizados;

j. controle de despesas;

k. apoio ao faturamento.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 13 de Julho de 2023.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CNPJ 50.351.626/0001-10

ROBERTO GONELLA JUNIOR

PROVEDOR

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código 38E6-BE50-B70B-E95E.

e documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
a verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código 38E6-BE50-B70B-E95E.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma IziSign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://izisign.com.br/Verificar/38E6-BE50-B70B-E95E ou vá até o site https://izisign.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 38E6-BE50-B70B-E95E

Hash do Documento

4A89F8CFDD1B14E2A655D014FA8868EEF72D321389E34C30B76B711F73AC9F3D

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 14/07/2023 é(são) :

☑ roberto Gonella Júnior - 048.461.708-70 em 14/07/2023 08:13 UTC-03:00
Nome no certificado: Roberto Gonella Junior
Tipo: Certificado Digital

Eduardo Melhado Sant`Anna

Brasileiro, solteiro; **CRA: 41.254**
Rua Correia de Lemos 587, apto. 151 CEP 04140-000- Ch. Inglesa- São Paulo - S.P
(11)99632-45-90 cel.e-mail: melhadoeduardo@gmail.com

Objetivo

Administração Hospitalar

Resumo

Ampla experiência profissional na área hospitalar desde 1988, realizando tarefas como Administrador Hospitalar em entidades ligadas à área da saúde. Vinte anos na gestão de hospitais e assistências médicas. Responsável por atingir metas e resultados, estabelecendo indicadores de desempenho, voltado para qualidade de serviços.

Resumo de Qualificações

- ✓ Perfil focado em construir e manter relacionamentos
- ✓ Capacidade para construir e manter cooperação interna entre as equipes
- ✓ Facilidade em criar colaboração interna.
- ✓ Habilidade em administrar com foco em resultados.
- ✓ Sólida experiência na Coordenação, Gerenciamento e Administração na área Hospitalar.
- ✓ Experiência em Coordenar Programas de Controle de Qualidade Hospitalar.
- ✓ Coordenação implantação de Projetos da Qualidade de Vida e Criatividade no ambiente de trabalho, focando a autoestima, e eficácia profissional.
- ✓ Perfeito trânsito em negociações com Grandes Convênios Médicos.
- ✓ Forte atuação em Comissões de Prioridades e Investimentos.
- ✓ Expertise em consultoria na área de Prevenção de Acidentes.
- ✓ Desenvoltura na Implantação de Normas e Rotinas Operacionais.
- ✓ Habilidade em Coordenação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H).

Formação

- ✓ **Bacharel em Administração Hospitalar.** Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (IPH), Faculdade de Administração Hospitalar, concluído em 1987.

- ✓ **Pós-Graduação - Lato Sensu em Administração Hospitalar.** Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (IPH), Faculdade de Administração Hospitalar, concluído em 1996.

RJ

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

Cursos e Congressos

- ✓ Especialização em Gestão de Projetos
- ✓ IX Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar
- ✓ II Encontro de Atualização em Administração Hospitalar
- ✓ III Encontro de Atualização em Administração Hospitalar
- ✓ XV Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar
- ✓ XIII Mostra Nacional de Materiais e Equipamentos Hospitalares
- ✓ XVI Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar
- ✓ Seminário - Gerenciando em Ambiente de Mudanças
- ✓ I Congresso Nacional de Qualidade Hospitalar
- ✓ Curso de Atualização de Administração e Planejamento de Suprimentos
- ✓ Curso de Comunicação em Administração Hospitalar
- ✓ Curso a Importância da Relação corpo/mente no ambiente hospitalar
- ✓ Curso de Primeiros Atendimentos em Desidratação
- ✓ XVII Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar
- ✓ Curso de Ortopedia
- ✓ II Congresso da Sociedade Médica Paulista em Administração em Saúde e I Simpósio Internacional de Administração e Economia da Saúde
- ✓ I Congresso Latino Americano da Qualidade em Saúde III Congresso Brasileiro da Qualidade Hospitalar
- ✓ Curso de Atualização em Osteoporose
- ✓ Curso Consenso Brasileiro de Dislipidemias
- ✓ Curso de Administração de Convênios
- ✓ XVIII Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar
- ✓ Curso de Estabelecimentos de Objetivos e Metas Hospitalares
- ✓ Curso A Mudança Vista como Oportunidade
- ✓ Curso A Importância do Relacionamento Médico/Paciente
- ✓ Seminário "Gestão de Custos da Atividade Médica: menor Custo maior Qualidade"
- ✓ Palestra "A Reengenharia na Estrutura Hospitalar"
- ✓ Palestra "Infecção Hospitalar" I Encontro de Integração dos profissionais de enfermagem

Experiência Profissional

Instituto Alpha De Saúde Integral LTDA ; - De Julho 2022 até o momento.
Cargo Direto de Gestão em Saúde, responsável pela Implantação da Gestão Operacional e Administrativa da Unidade, com foco na organização Financeira, sendo realizada a implantação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP)s, voltado para um atendimento de Qualidade e humanizado.
Implantação de um Sistema de atendimento Clínico.
Monitorando o acompanhamento de todos os processos da Unidade, visando a integração para um atendimento de excelência.
Estabelecimento de Metas como indicadores, visando uma administração pactuadas o controle e a transparência dos dados.

Complexo Municipal de Campos do Jordão – Ala Covid 19; - De Setembro 2021 até Dezembro 2021.
Cargo Direto Administrativo Geral, responsável pela Implantação da Gestão Operacional do Complexo (Ala Covid 19), com foco no Planejamento e execução do Serviços, promovendo um atendimento de Qualidade e humanizado.
Monitorando o acompanhamento de todos os processos de recursos Humanos da Unidade, visando a integração para um atendimento de excelência.

RJ

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

Subsidiar o Setor Financeiro com informações pertinentes visando a tomada de decisões para o pagamento do contrato.
Responsável por todos os Serviços Administrativos, Clínicos da unidade e metodologias de trabalho, assim como apresentação das Prestações de Contas ao Município como :resultado de Indicadores, protocolos, Serviços de Terceiros e cumprimento das Metas pactuadas junto ao Contrato de Gestão.
Responsável pelo Processo de desmobilização do Sistema de Gestão Hospitalar assim como toda a estrutura física disponibilizada para o atendimento ao paciente.

Prefeitura Municipal de Embú das Artes – Hospital Leito Irmã Anette (VAZAME); UPA Santo Eduardo; Pronto Socorro Central Alice Campos Machado. – De Julho 2020 até Agosto 2021.
Cargo Diretor Administrativo Operacional, responsável pelo Planejamento Operacional, Estrutural e Organizacional, viabilizando a integração entre as Unidades, com o objetivo de promover um atendimento com padrão de Excelência com foco na Qualidade no atendimento humanizado ao Paciente.
Responsável na elaboração e organização das prestações de Contas das Unidades.

Prefeitura Municipal de Embú das Artes – Hospital de Campanha (Primeiro Centro Médico do Brasil de Combate ao Corona vírus Covid 19). - De Março 2020 até Julho 2020.
Cargo Diretor Executivo Hospitalar Responsável pelo planejamento Operacional, Estrutural e Organizacional assim como promover a viabilização da integração da unidade à Rede de Saúde do Município, viabilizando os Atendimento aos Pacientes do COVID 19.
Prefeitura Municipal de Paulínia – Hospital Municipal de Paulínia (HMP)-Vereador Antônio Navarro – Abril de 2019 até Outubro de 2019.
Cargo de Superintendente Hospitalar.
Responsável por executar o planejamento operacional, estrutural, organizacional assim como promover a viabilização da integração das unidades da Rede de Saúde Regional, entre as diversas áreas e afins, garantir o bem estar dos pacientes como o bem estar e convívio dos funcionários, organizando o trabalho gerenciado e determinando espaços em prol dos serviços.
Responsável pelas obras de restruturação física da Unidade, conforme os projetos do plano Diretor da Secretaria de Saúde, alinhado com a Prefeitura do Município, cuidando para que a infraestrutura física, fosse utilizada para definir o melhor uso do local, tornando o ambiente humanizado.

Instituto Social Saúde Resgate à Vida – Agosto de 2017 até Março de 2019.
Cargo de **Diretor Administrativo Operacional**, do Hospital Municipal Antônio Giglio.
Executar a Gestão dos Serviços de Atendimento Hospitalar; Setores Administrativos e Operacionais; Laboratório, Serviço de Imagem, Serviço Social/SAL/Acolhimento, Serviço de Nutrição e Dietética (SND); Serviço de Rouparia; Serviço de Controladoria de Acesso e de Higiene e Limpeza; Controladoria; Departamento de Arquivo Médico (SAME); Faturamento Hospitalar; Almoxarifado e Farmácia e Manutenção Hospitalar Predial e Equipamentos. Hospitalar; responsável pela regularização e qualificação da Unidade junto a VISA do Município.

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

Gestão de aspectos legais do hospital, tais como: credenciamento junto a órgãos públicos como Vigilância Sanitária e CREMESP e obtenção de licenças de funcionamento, alvarás, certidões e certificados; Acompanhamento de contratos e de terceirizações.
Prestação de Contas (Elaboração e Execução).
Elaboração de relatórios de acompanhamento de produção e qualidade dos setores indicadores Hospitalares e Comissões.

IAGES Instituto de Apoio e Gestão à Saúde – Fevereiro de 2015 até Abril 2017.
Cargo de **Diretor Administrativo Operacional**, do Hospital Municipal de Jandira.
Gerenciamento e Coordenação dos Serviços de Atendimento e Recepção Hospitalar; Setores Administrativos e Operacionais; Laboratório, Serviço de Imagem, Serviço de Nutrição e Dietética (SND); Serviço de Lavanderia; Serviço de Higiene e Limpeza; Controladoria; Departamento de Arquivo Médico (SAME); Faturamento Hospitalar; Almoxarifado e Farmácia e Manutenção Hospitalar Predial e Equipamentos.
Hospitalar; responsável pela regularização e qualificação da Unidade junto a VISA.
Acompanhamento de contratos de terceirizados.
Prestação de Contas (Elaboração e Execução).
Elaboração de relatórios de acompanhamento de produção e qualidade dos setores indicadores hospitalares.

SECRETARIA DA SAÚDE DE OSASCO – Julho de 2011 até Janeiro2015.
Cargo de **Diretor Administrativo** de Departamento, do Hospital Municipal Central Antônio Giglio.
Gerenciamento e Coordenação dos Serviços de Atendimento e Recepção Hospitalar; Serviço Social; SAC; Setores Administrativos e Operacionais; Laboratório, Banco de Sangue, Serviço de Imagem, Serviço de Nutrição e Dietética (SND); Serviço de Lavanderia; Serviço de Higiene e Limpeza; Segurança; Departamento de Arquivo Médico (SAME); Faturamento Hospitalar; Almoxarifado e Farmácia e Manutenção Hospitalar Predial e Equipamentos.
Aditamento dos Processos Licitatórios.

HOSPITAL MONTREAL S/A- Maio de 2005 á Julho de2011.
Cargo: ***Gerente Administrativo hospitalar***.
Gerenciamento e Coordenação dos Serviços de Atendimento e Recepção Hospitalar; Serviço Social; Setores Administrativos e Operacionais; Serviço de Nutrição e Dietética (SND); Serviço de Lavanderia; Serviço de Higiene e Limpeza; Departamento de Compras; Segurança; Departamento de Arquivo Médico (SAME); Segurança do Trabalho; Faturamento Hospitalar; Almoxarifado e Farmácia e Manutenção Hospitalar.
Formação Orçamentária de Despesas; Levantamento e Análise de Estoque; Custo de Produção.

CONSULTORIA HOSPITALAR– Setembro de 2003 a Maio de 2005
Cargo: ***Consultor***.
Coordenação de Projetos de novos Hospitais e Clínicas e especializadas.
Assessoria a planos de saúde quanto a métodos, serviços de atendimento e normas técnicas.

SAÚDE ASSIST. MÉDICA DO ABC S/C LTDA. - Março de 2002 a Agosto de 2003.Cargo: ***Administrador Hospitalar***
Coordenação e Gerenciamento dos Serviços: Atendimento Hospitalar, Nutrição e Dietética, Lavanderia, Higiene e Limpeza, Enfermagem, Manutenção, Arquivo Médico e Estatístico, Almoxarifado, Transporte, Farmácia, Laboratório.

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

Atuação na implantação do Projeto da Qualidade de Vida e Criatividade no Trabalho, enfatizando a autoestima, e a busca de eficácia nos relacionamentos profissionais no ambiente profissional.

INTERMÉDICA SAÚDE LTDA– Hospital e Maternidade Renascença- Dezembro de 1999 a Julho de 2001
Cargo: Gerente Administrativo Hospitalar
Gerenciamento dos serviços. Enfermagem, Atendimento, Hospitalar, Nutrição e Dietética, Higiene e Limpeza, Lavanderia, Manutenção, Arquivo Médico e Estatístico, Faturamento, Almoxarifado, Farmácia, Transporte, SAC e Serviço Social;
Gerenciador da Reestruturação Física e de RH do Hospital e Maternidade Renascença (Intermédica);
Coordenador da Implantação de Normas e Rotinas Operacionais;
Coordenador do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar da A.P.M. e do C.R.M. (C.Q.H.);
Coordenador e Gerenciador de Outros convênios

CLINICA UNICON (Unidade de Cirurgia e Oncologia) –Novembro.1995 a Dezembro 1999
Cargo: Assessoria Técnica

MEDIAL SAÚDE S/A Hospital Alvorada– Setembro de 1992 a Junho de 1995
Cargo: ***Administrador Hospitalar***
Coordenação e Gerenciamento dos Serviços: Atendimento Hospitalar, Nutrição e Dietética, Lavanderia, Higiene e Limpeza, Enfermagem, Manutenção, Arquivo Médico e Estatístico, Almoxarifado, Transporte, Farmácia, Laboratório.
Coordenador da Comissão e Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I. H);
Membro e Coordenador da Comissão do Programa de Treinamento Hospitalar;
Consultor do Treinamento de Prevenção de Acidentes;
Membro e Coordenador do Programa de Implantação do Controle de Qualidade Hospitalar da A.P. M e do C.R. M (C.Q.H);
Atuação na implantação do Projeto da Qualidade de Vida e Criatividade no Trabalho, enfatizando a autoestima, e a busca de eficácia nos relacionamentos profissionais no ambiente profissional;
Membro colaborador da Comissão de Prioridades e Investimentos.

IRMANDADE DE STA CASA DE MISERICÓRDIA DE STO AMARO – Junho de 1988 a Junho de 1992
Cargo: Administrador Hospitalar

SÃO PAULO ALPARGATAS S/A– Novembro de 1985 a Junho de 1988
Cargo: Auxiliar de Custos e Contas a Pagar.

Digitalizado com CamScanner
1548
Digitalizado com CamScanner

MONOGRAFIA

- ✓ Desenvolvimento do Programa Metropolitano de Saúde
- ✓ Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde
- ✓ Levantamento e Pesquisa do Mercado Hospitalar nas Medicinas de Grupo
- ✓ A ação da Racionalização do Trabalho no Atendimento ao Paciente
- ✓ Apuração das Despesas de Pessoal
- ✓ O comportamento Humano, a qualidade de vida e ética nas organizações hospitalares.
- ✓ O que é gestão de RH ou o que deveria ser a nível hospitalar
- ✓ Projeto de Intervenção organizacional, treinamento no departamento de atendimento hospitalar.

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE GERENTE DE QUALIDADE PARA AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE OSASCO

CONTRATO Nº 018/2022
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 018/2022

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7.

CONTRATADO: ALESSANDRA TARQUINIO ROSSI BUDZISZ, inscrita no CNPJ n. 30.873.259/0001-08, com sede à Rua Cipriano Barata, 3039, Apto. 174, Ipiranga, São Paulo - SP, CEP 04205-002, representada por sua administradora **ALESSANDRA TARQUINIO ROSSI BUDZISZ,** inscrita no CPF sob o n. 151.866.708-20;

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de de prestação de serviços, que se regerá pelas normas contidas no Regulamento de Compras e Contratações da BHCL e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1ª – DO OBJETO
1.1 O presente instrumento tem como OBJETO a Contratação de pessoa jurídica especializada para prestação de serviços de gerência de qualidade e supervisão dos projetos de Gestão dos Contratos de Gestão entabulados com o Município de Osasco (UPA CENTRO, UPA CONCEIÇÃO E UPA MENCK).

CLÁUSULA 2ª - DAS ATIVIDADES
2.1 O contratado compromete-se a executar as atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:
2.2 O contratado será responsável pelos seguintes serviços:
2.2.1 Coordenar, planejar, controlar e acompanhar as atividades inerentes à área de Recursos Humanos da CONTRATANTE, prestando suporte e orientando a equipe no desenvolvimento dos trabalhos, acompanhando os indicadores de performance da sua área, a fim de assegurar e garantir a aplicação dos programas e políticas de recursos humanos definidas pela CONTRATANTE, bem como realizar recrutamento e seleção utilizando de entrevistas, provas, dinâmicas e outras ferramentas pertinentes para contratação de profissionais adequados às vagas da CONTRATANTE;

2.2.2 Implantar e executar os procedimentos necessários para a aquisição de materiais, insumos etc, sempre com observância ao regulamento de compras da BHCL;
2.2.3 Desempenhar, no organograma da unidade, a função de gerente administrativo;
2.2.4 suporte gerencial aos demais setores da Área Administrativa, no desenvolvimento de procedimentos para melhoria de eficiência dos serviços;
2.2.5 acompanhamento dos saldos das verbas de manutenção do projeto;
2.2.6 apoio nos processos de aquisição de materiais e contratação de serviços;
2.2.7 elaboração de documentação e contatos prévios com fornecedores;
2.2.8 acompanhamento em vistorias técnicas;
2.2.9 gestão, medições e conferências de contratos terceirizados;
2.2.10 controle de despesas;
2.2.11 apoio ao faturamento.

CLÁUSULA 3ª- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
3.1 Executar os serviços conforme sua proposta, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, na qualidade e quantidade necessárias a fiel execução do contrato;
3.2 Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;
3.3 Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Organização Social, devendo ressarcir imediatamente em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;
3.4 Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;
3.5 Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante ou do Poder Público Contratante;
3.6 Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;
3.7 Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.
3.8 Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos;
3.9 Paralisar, por determinação da Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.

3.10 Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.
3.11 Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.
3.12 Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.
3.13 Submeter previamente, por escrito, à Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.
3.14 Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;
3.15 Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
3.16 Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;
3.17 Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da seleção.
3.18 Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da Contratante;
3.19 Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;
3.20 Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado;
3.21 Atender fiel e diligentemente os interesses do CONTRATANTE, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela mesma sempre que houver necessidade;
3.22 Comunicar prontamente, por escrito, a CONTRATANTE, sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados;
3.23 Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados;

CLÁUSULA 4ª - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE
4.1 Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

4.2 Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;
4.3 Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;
4.4 Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Contrato;
4.5 Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber.
4.6 Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:
4.6.1 exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;
4.6.2 direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;
4.6.3 considerar os trabalhadores da Contratada como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.
4.6.4 Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;
4.6.5 Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;
4.6.6 Arquivar, entre outros documentos, projetos, especificações técnicas, orçamentos, termos de recebimento, contratos e aditamentos, relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas;

CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO
5.1 O valor da mensal da contratação é de R$ 6.000,00 (seis mil reais);
5.2 No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução contratual, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e o fornecimento de materiais e peças, além de outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

CLÁUSULA 6ª - DO PAGAMENTO
6.1 O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.
6.2 A emissão da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação será precedida do recebimento definitivo do serviço;
6.3 A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal., que consiste em: 1) prova de regularidade relativa à Seguridade Social; 2) certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União; 3)

certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal ou Distrital do domicílio ou sede do contratado; 4) Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e 5) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;

6.4 O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento;

6.5 Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;

6.6 Será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

6.6.1 não produziu os resultados acordados;

6.6.2 deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;

6.6.3 deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

6.7 Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

6.8 Antes de cada pagamento à contratada, será realizada consulta para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no regulamento de compras e contratações da BHCL.

6.9 Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

6.10 Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.

6.11 Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação.

6.12 Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente com suas obrigações, salvo por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.

6.13 Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, quando couber.

6.14 É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante ou da CONTRATANTE.

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA

7.1 O prazo de vigência deste Contrato se inicia em 01.08.2023 e corresponderá à vigência do Contrato de Gestão entabulado entre a Contratante e o Município de Osasco, podendo ser prorrogado mediante aditivo contratual.

CLÁUSULA 8ª - DAS PENALIDADES

1. Comete infração contratual, a CONTRATADA que:
2. deixar de executar, total ou parcialmente, qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
3. ensejar o retardamento da execução do objeto;
4. falhar ou fraudar na execução do contrato;
5. comportar-se de modo inidôneo.
6. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Organização Social pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

6.1.Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;

6.2.Multa de:

6.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Organização Social, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;

6.2.2.2.0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

6.2.2.3.0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

6.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e

6.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a

7. Organização Social CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;

as penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.

8. As sanções previstas nos subitens anteriores poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	CORRESPONDÊNCIA

1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO		
ITEM	**DESCRIÇÃO**	**GRAU**
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04
3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03
Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;	02
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

9. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA.
10. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão cobrados judicialmente.
11. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

12. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do participante, a Organização Social poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.
13. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Organização Social, observado o princípio da proporcionalidade.
14. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Processo Administrativo respectivo.

CLÁUSULA 9ª - DA RESCISÃO
9.1 O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido:
9.1.1 por ato unilateral e escrito da Organização Social, previamente comunicado com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas;
9.1.2 amigavelmente, a qualquer tempo e independentemente de prévia comunicação.
9.1.3 A rescisão do Contrato de Gestão entabulado entre a Contratante e o Município de Osasco-SP é motivo para rescisão imediata deste contrato, sem qualquer ônus às partes.
9.2 Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.
9.3 O termo de rescisão será precedido de Relatório indicativo dos seguintes aspectos, conforme o caso:
9.4 Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;
9.5 Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;
9.6 Indenizações e multas.

CLÁUSULA 10ª - POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO
10.1 A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.
10.2 A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.
10.3 A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:
10.4 sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;
10.4.1 no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob acusação de corrupção ou suborno;

10.4.2 suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e
10.4.3 sujeita às restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.
10.5 A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.
10.6 A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.
10.7 A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção, assim como o descumprimento de qualquer declaração prevista nesta Cláusula.
10.8 A CONTRATADA declara e garante que os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo; e que
10.8.1 informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.
10.8.2 A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA realize referida nomeação nos termos do item “ii” acima, sendo que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.
10.8.3 O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.
10.8.4 A CONTRATADA se obriga a cumprir e fazer respeitar as questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da CONTRATANTE que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando- se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.

CLAUSULA 11ª - DA PROTEÇÃO DE DADOS

11.1 A CONTRATADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a CONTRATADA deverá:

11.2 Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da CONTRATANTE e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à CONTRATANTE, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.

11.3 Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

11.4 Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da CONTRATANTE.

11.5 Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CONTRATANTE assinaram Acordo de Confidencialidade com a CONTRATADA, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à CONTRATANTE. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

11.6 Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da CONTRATANTE, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações.

11.7 Caso a CONTRATADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente a CONTRATANTE para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

11.8 A CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

11.9 Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela CONTRATADA, seus funcionários, ou terceiros autorizados;

11.10 Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 12 - DO FORO

12.1 É eleito o Foro da Comarca de Cesário Lange - SP para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Osasco, 01 de agosto de 2022.

Assinado de forma digital por cae20705-f2b4-40c3-a89a-6c2d6838e100
Versão do Adobe Acrobat: 2018.011.20040

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CONTRATANTE

ALESSANDRA TARQUINIO ROSSI BUDZISZ
CONTRATADA

ALESSANDRA TARQUINIO ROSSI BUDZISZ

Rua Cipriano Barata, nº 3039 apto 174
04205-002 – São Paulo – SP
Celular: (11) 9.6232.1234
E-mail aletrossi@gmail.com
LinkedIn: www.linkedin.com/in/alessandrabudzisz

Formação Acadêmica

Curso de extensão em Gestão de Projetos – FMU, conclusão em 2016.

Pós-Graduada em Gestão da Qualidade em Saúde – INESP/Pró-Saúde, conclusão em 2015.

Pós-Graduada em Licenciatura – Faculdade São Luís, conclusão em 2009.

Pós-Graduada em Obstetrícia – UNIBAN, conclusão em 2004.

Graduada em Enfermagem – UNIFESP, conclusão em 1997.

Qualificações

- ✓ Carreira construída ao longo de 20 anos em organizações do setor de saúde;
- ✓ Desenvolvimento de estratégias e modelos de gestão para OSS;
- ✓ Elaboração, monitoramento e gestão de KPIs e indicadores estratégicos para cada área;
- ✓ Expertise na implantação e gestão de projetos (OSS), gerenciando recursos humanos, orçamento, tempo e riscos operacionais;
- ✓ Qualificação da informação pelo monitoramento e capacitação dos profissionais, melhorando faturamento e proporcionando redução de custos;
- ✓ Experiência em elaboração de treinamentos, com utilização de métodos diferenciados garantindo a sinergia entre profissionais e facilitador;
- ✓ Conhecimento e experiência no uso de ferramentas administrativas no ambiente hospitalar;
- ✓ Vivência profissional na implantação do Programa de Certificação - metodologia ONA;
- ✓ Amplo conhecimento das legislações vigentes da área de saúde;
- ✓ Hábil na elaboração de trabalhos científicos e em apresentação oral e escrita;
- ✓ Responsável pelo planejamento e implementação de estrutura da área, definição de procedimentos operacionais e formação de equipes multifuncionais, focadas no atendimento às necessidades dos pacientes;
- ✓ Disponibilidade para viagens / mudança.

Experiência Profissional

Beneficência Hospitalar de Cesário Lange – BHCL – 2022 – atual

Município de Osasco: UPA Centro, UPA Conceição e UPA Menck

Cargo: Gerência de qualidade e supervisão dos projetos de Gestão de Contratos

- ✓ Implantação do processo de gestão da informação, análise de dados e elaboração de relatórios com qualificação dos resultados;
- ✓ Realizar visita técnica regulares às unidades de saúde para monitorar produção, e inserção do dado nos sistemas de informação e garantir a fidedignidade da informação.
- ✓ Atuar como apoio ao gestor local na implementação e manutenção dos processos de trabalho das unidades de saúde;
- ✓ Participar de reuniões e oficinas de trabalho, contribuindo no desenvolvimento;
- ✓ Orientar os profissionais para gerenciamento e execução das atividades planejadas;
- ✓ Monitorar constantemente os processos estabelecidos visando implantação e implementação das ações planejadas;
- ✓ Realizar diagnóstico da gestão da informação e elaborar/apoiar plano de ação visando qualificar o serviço;
- ✓ Integrar e consolidar as informações, elaborando relatórios de atividades para prestação de contas;
- ✓ Avaliar e gerenciar os riscos;
- ✓ Estabelecer a interação de processos entre as áreas;
- ✓ Elaborar, orientar e validar relatórios gerenciais;
- ✓ Capacitar e implementar estratégias e/ou ferramentas metodológicas assegurando a qualidade assistencial e de gestão dos serviços e profissionais na área de saúde;
- ✓ Elaborar, implementar e analisar indicadores de desempenho e de qualidade;
- ✓ Capacitar e desenvolver profissionais recém-admitidos.

Resultados: Gestão realizada de forma estratégica, estruturada e metodológica, garantindo os melhores resultados e transparência, bem como a fidedignidade dos dados, além da melhoria contínua e assistência com qualidade e segurança.

Agência Regional de Gestão da Organização Social – Argos –2019 - 2022

Cargo: Diretora de Operações

- ✓ Estruturação do setor em conjunto com demais Dirigentes

- ✓ Desenvolvimento de documentos normativos, materiais técnicos e ferramentas, pautados em evidências cientificas e em conformidade com as políticas de saúde públicas vigentes.
- ✓ Elaboração de projeto técnico, com base na política institucional e diretrizes do gestor público
- ✓ Execução de atividades de diagnóstico situacional da saúde e planejamento de unidades de saúde – recursos físicos, humanos, equipamentos, projeto orçamentário e plano de trabalho.
- ✓ Análise e encaminhamento dos relatórios de Prestação de Contas Assistencial.
- ✓ Planejamento e acompanhamento da implantação dos Centros de Atendimento para a Covid e do Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo.
- ✓ Liderança nas Campanhas de monitoramento de Doenças Crônicas.
- ✓ Implantação do Núcleo Corporativo de Educação.
- ✓ Definição da estrutura documental da Instituição e apoio na elaboração dos documentos técnicos.
- ✓ Elaboração de treinamentos e capacitação profissional.
- ✓ Elaboração e implementação do programa de Desenvolvimento para Lideranças.

Resultados: Gerenciamento dos processos estratégicos, de forma estruturada e metodológica, a fim de garantir o resultado fidedigno, no prazo planejado.

Pró-Saúde: 2015 – 2017

Cargo: Consultora Técnica Administrativa

- ✓ Leitura e análise de Edital para participação em Licitação de Unidades de Saúde.
- ✓ Elaboração de Projeto: descrição do plano de trabalho, elaboração do dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem.
- ✓ Análise de planilha de custeio e investimento, com descrição de memória de cálculo.
- ✓ Execução de atividades de diagnóstico situacional da saúde e planejamento de unidades de saúde – recursos físicos, humanos, equipamentos, projeto orçamentário e plano de trabalho.

Resultados: Proposta técnica em consonância com a cultura organizacional, com objetivos mensuráveis, alcançáveis e relevantes contribuindo para o resultado positivo do processo licitatório e alcance das metas contratuais.

SPDM: 2013 – 2015

Cargo: Assessora de Planejamento

Responsável por acompanhar a produção das seguintes unidades: 04 Unidades de Pronto Atendimento - UPA área 3.2 e 5.3 (Rio de Janeiro), 06 unidades de AMA

Hospitalares, 01 unidade de Pronto Socorro Municipal, 01 unidade de Pronto Atendimento, 01 unidade hospitalar (São Paulo) e 02 unidades hospitalares em Santa Catarina. As funções exercidas:

- ✓ Implantação do processo de gestão da informação, análise de dados e elaboração de relatórios com qualificação dos resultados;
- ✓ Realizar visita técnica regulares às unidades de saúde para monitorar produção, e inserção do dado nos sistemas de informação e garantir a fidedignidade da informação.
- ✓ Atuar como apoio ao gestor local na implementação e manutenção dos processos de trabalho das unidades de saúde;
- ✓ Participar de reuniões e oficinas de trabalho, contribuindo no desenvolvimento;
- ✓ Orientar os profissionais para gerenciamento e execução das atividades planejadas;
- ✓ Monitorar constantemente os processos estabelecidos visando implantação e implementação das ações planejadas;
- ✓ Realizar diagnóstico da gestão da informação e elaborar/apoiar plano de ação visando qualificar o serviço;
- ✓ Integrar e consolidar as informações, elaborando relatórios de atividades para prestação de contas;
- ✓ Compartilhar da elaboração de Projeto (descrição do projeto e visitas técnicas) para participação da OSS em Chamamento Público;
- ✓ Capacitar e desenvolver profissionais recém-admitidos.

Resultados: gerenciamento dos processos estratégicos, de forma estruturada e metodológica, a fim de garantir o resultado fidedigno, no prazo planejado.

Cursos Livres

- ✓ Curso – Formação de Avaliador Interno ONA – 2013, Fundação Vanzolini.
- ✓ Curso prático: Análise de Contas Hospitalares e Auditoria (CEPAM)
- ✓ Outros Cursos e Eventos: Desafios da Liderança (*in company*). Qualidade: Ações Corretivas e Preventivas (*in company*). Técnicas de Liderança (SENAC). Resolução de Conflitos (SENAC). Educação Permanente: Multiplicadores de Aprendizagem (COREN-SP); II ENECS – Encontro Nacional de Educação Corporativa em Saúde (Prisma); Aperfeiçoamento em “Atendimento de Enfermagem na PCR do Adulto no Âmbito Hospitalar” (SENAC). Motivação (EAD – FGV).
- ✓ Palestrante convidada do **ITEQ**. **Tema** Gestão Financeira, Turma de pós-graduação em Administração Pública e Recursos Humanos.

Produção Científica

- ✓ Palestrante convidada do Espaço Hack, Evento Mulheres à Frente da Tropa, com o tema Empoderamento Feminino: liderança e autoconhecimento, janeiro, 2020.
- ✓ Professora convidada do Centro Universitário São Camilo. Tema: Terceiro Setor; Turmas de pós-graduação em Administração Pública, ano de 2015.
- ✓ Palestrante Convidada na Jornada de Enfermagem 2013, Universidade Bandeirante Anhanguera: Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde.
- ✓ Atuação e aplicação da metodologia CQH (realização dos indicadores, participação nas reuniões de assembleia).
- ✓ Concessão de entrevista à Jovem Pan, na palestra Jovem Pan Pela Vida, na XXI SIPAT (2012).
  https://www.saudebusiness.com/voc-informa/hospital-sepaco-celebra-sipat-com-um-espetculo-de-segurana

- ✓ Participação nos livros:
  - Curso Didático de Enfermagem, vol. I, como autora do capítulo 8: Nutrição e Dietética.
  - Curso Didático de Enfermagem, vol. II, como autora do capítulo 15: Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia.
  - Tratado Prático de Enfermagem, vol. I, como coautora dos capítulos 10, 11 e 12: Sistema Genital Feminino, Planejamento Familiar e Gestação e Parto.

- ✓ Apresentação dos trabalhos “Método Mãe-Canguru: Análise Comparativa do Ganho de Peso de Recém-Nascidos Pré-Termo” e “Complicações Maternas no Parto e Puerpério em Centros de Parto Normal Intra e Extra Hospitalar”, na Sessão Pôster da II Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, 2005.

- ✓ Apresentação dos Trabalhos: “Contribuição da Enfermagem na Avaliação Física de Crianças de 0 a 24 meses em Berçários de Creche: Relato de Experiência” e Estudo das Características do Desenvolvimento de Pré-Escolares Utilizando Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver”, na Sessão Pôster do II Congresso Paulista de Enfermagem Pediátrica, 1997.

presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025 10:31:21 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O
sente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

UNIFESP

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Ministério da Educação e do Desporto

O Reitor da Universidade Federal de São Paulo, em nome do Governo da República Federativa do Brasil, tendo presente o termo de colação de grau, conferido no dia 18 de dezembro de 1997, a

Alessandra Budziss Franza

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 05 de abril de 1972, RG 21.394.722-SSP-SP,

depois de ter sido aprovada em todas as disciplinas do Curso de Enfermagem,

concluído no ano letivo de 1997 outorga-lhe, sob n.º 1145 este Diploma de

Enfermeira

a fim de que possa exercer a profissão, com os direitos e prerrogativas concedidas pelas leis da República.

São Paulo, 19 de dezembro de 1997

Diplomada

Prof. Dr. Durval Rosa Borges
Pró-Reitor de Graduação

Prof. Dr. Hélio Egydio Nogueira
Reitor

Curso de ENFERMAGEM
Reconhecido pelo Decreto n.º 9.101 (D.O.U. 01-04-1942)

Diploma de Alessandra Budzisz Franza

Registrado às fls. 122 do livro competente n.º 06 da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade Federal de São Paulo.

São Paulo, 19 de dezembro de 1997

.....
Prof. Dr. Durval Rosa Borges
Pró-Reitor de Graduação

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Registrado sob o n.º 000824

Livro G-01 fls. 143

Processo nº 9205.007/97 nos termos do art. 27 da Lei n.º 5540/68.

SRD em 19/dezembro/de 1997

Doracy Marrocos M. de Jesus
Supervisora do SRD

PROF. DR. DURVAL ROSA BORGES
Pró-Reitor de Graduação

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
Registro n.º 72941
Nome Alessandra Budzisz Franza
Quadro I Categoria Enfermeiro
Livro 06 Pág. 51 Em 07/05/98
SBC
Presidente

Tel.: (011) 67-1157 / 67-1158
São Paulo - Brasil - 10/97

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025 10:31:21 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

República Federativa do Brasil

Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa

Credenciada pela Portaria nº 703, de 3 de março de 2005, DOU de 04/03/2005

Faculdade INESP

CERTIFICADO

O Diretor Geral do Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de Pós-Graduação, nível Lato Sensu denominado GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE , realizado no período de Agosto de 2013 a Março de 2015, confere o título de Pós-Graduação à

Alessandra Tarquinio Rossi Budzisz

Brasileira, natural de São Paulo - SP, Nascida em 03/04/1972, RG: 21.309.722-9 SSP/SP

e outorga-lhe o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais e as disposições gerais da Resolução CES/ CNE, nº 01/07 do Conselho Nacional de Educação.

Jacareí, 24 de Julho de 2015.

Prof. Dr. Álvaro Ferreira Lisboa Júnior
Diretor Geral

Alessandra Tarquinio Rossi Budzisz
Concluinte

Profº. Dra.Teresinha Covas Lisboa
Professora Coordenadora

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MARCO AURÉLIO VALOTA, em sexta-feira, 14 de julho de 2023 10:09:12 GMT-03:00, CNS: 11.131-0 - 18º REGISTRO CIVIL IPIRANGA/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabellionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Registrado no INESP sob o
N. 3007 Livro 008 Folha 054

SECRETARIA GERAL

FACULDADE INESP
PÓS GRADUAÇÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MARCO AURÉLIO VALOTA, em sexta-feira, 14 de julho de 2023 10:09:12 GMT-03:00, CNS: 11.131-0 - 18º REGISTRO CIVIL IPIRANGA/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

São Paulo, 29 de outubro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação de horário e vínculo empregatício, que (o) a Sr.(a). **ALESSANDRA TARQUINIO ROSSI BUDZISZ,** matrícula nº. **6234780-84,** portador (a) da Carteira de Trabalho e Previdência Social n.º **053801** Série **00245,** CPF **151.866.708-20,** foi nosso (a) empregado (a) no período de **05/02/2013 à 09/03/2015,** exercendo a função de **ASSESSOR DE PLANEJAMENTO I,** cumprindo jornada de trabalho de **200h (mensais)** locada na **SUPERVISÃO DE PLANEJAMENTO** no Município de São Paulo-SP, qual desempenhava as principais atividades:

Realizar visitas técnicas as Unidades de Saúde para monitoramento e planejamento dos serviços, orientando os profissionais sobre o gerenciamento e execução das atividades planejadas. Elaborar relatório descritivo mensal das atividades assistenciais realizadas nas Unidades de Saúde monitorando e avaliando as metas estabelecidas.

- ✓ Realizar visitas técnicas regulares às Unidades de Saúde;
- ✓ Atuar como apoio ao Gestor local na implementação e manutenção dos processos de trabalho das Unidades de Saúde, no que diz respeito às atividades da Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde;
- ✓ Participar de reuniões e oficinas de trabalho, contribuindo no desenvolvimento das mesmas;
- ✓ Orientar os profissionais para gerenciamento e execução das atividades planejadas;
- ✓ Monitorar constantemente os processos estabelecidos, visando implantação e implementação das ações planejadas;
- ✓ Monitorar as informações produzidas pelas Unidades de Saúde, qualificando os resultados;

SPDM - Programa de Atenção Integral à Saúde - CORPORATIVO
Rua Borges Lagoa, 219 - Vila Clementino – CEP 04038-030 - São Paulo – SP
Tel.: (11) 5904-6300/ Site: www.spdmpais.org.br

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MARCO AURÉLIO VALOTA, em sexta-feira, 14 de julho de 2023 10:09:12 GMT-03:00, CNS: 11.131-0 - 18º REGISTRO CIVIL IPIRANGA/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

- ✓ Monitorar e avaliar as metas estabelecidas, discutindo-as com os gerentes e com as equipes;
- ✓ Elaborar instrumentos de planejamento de visitas, controle das prioridades, organização do material de trabalho;
- ✓ Realizar levantamento de dados para elaboração de indicadores;
- ✓ Consolidar relatórios de atividades desenvolvidas nas oficinas de trabalho, reuniões e visitas técnicas às Unidades de Saúde;
- ✓ Elaborar relatório descritivo mensal das atividades assistenciais realizadas nas Unidades de Saúde gerenciadas através de Contrato de Gestão;

Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição.

Nada consta em nossos arquivos que possa desaboná-lo (a) até presente data.

Sem mais para o momento, colocamo-nos a disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Atenciosamente,

Bianca Guilhermetti
Administração de Pessoal
SPDM / PAIS

SPDM/PAIS
Administração de Pessoal

61 699 567/0002-73

SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Rua Estado de Israel, 289

Vila Clementino – CEP 04022-001

SÃO PAULO - SP

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MARCO AURÉLIO VALOTA, em sexta-feira, 14 de julho de 2023 10:09:12 GMT-03:00, CNS: 11.131-0 - 18º REGISTRO CIVIL IPIRANGA/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 2c26ae7c8bfc1abbf957a8902798c4c990bd50296380a836ff97615a8777444d
https://valida.ae/84557f744e230fcc99f906607ac05420b45b0f5592d288977

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **ALESSANDRA TARQUINIO ROSSI BUDZISZ**, CPF 151.866.708-20, residente à Rua Cipriano Barata, 3039, Apto. 174, Ipiranga, São Paulo - SP, CEP 04205-002, por prestar serviços de **GERENTE DE QUALIDADE** das Unidades de Pronto Atendimento UPA Centro, UPA Menck e UPA Conceição do Município de Osasco/SP, em conformidade com o Contrato de Gestão n. 43/2021, desde 01.08.2022 até a presente data, desenvolvendo as seguintes atividades:

a. Coordenar, planejar, controlar e acompanhar as atividades inerentes à área de Recursos Humanos da CONTRATANTE, prestando suporte e orientando a equipe no desenvolvimento dos trabalhos, acompanhando os indicadores de performance da sua área, a fim de assegurar e garantir a aplicação dos programas e políticas de recursos humanos definidas pela **CONTRATANTE**, bem como realizar recrutamento e seleção utilizando de entrevistas, provas, dinâmicas e outras ferramentas pertinentes para contratação de profissionais adequados às vagas da **CONTRATANTE**;

b. Implantar e executar os procedimentos necessários para a aquisição de materiais, insumos, etc., sempre com observância ao regulamento de compras da BHCL;

c. Desempenhar, no organograma da unidade, a função de gerente administrativo;

d. suporte gerencial aos demais setores da Área Administrativa, no desenvolvimento de procedimentos para melhoria de eficiência dos serviços;

e. acompanhamento dos saldos das verbas de manutenção do projeto;

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 2c26ae7c8bfc1abbf957a8902798c4c990bd50296380a836ff97615a8777444d
https://valida.ae/84557f744e230fcc99f906607ac05420b45b0f5592d288977

f. apoio nos processos de aquisição de materiais e contratação de serviços;

g. elaboração de documentação e contatos prévios com fornecedores;

h. acompanhamento em vistorias técnicas;

i. gestão, medições e conferências de contratos terceirizados;

j. controle de despesas;

k. apoio ao faturamento.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 09 de abril de 2025.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CNPJ 50.351.626/0001-10

ROBERTO GONELLA JUNIOR

PROVEDOR

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

09 abr 2025 13:06:50 — **Aline de Oliveira Lourenço** criou este documento. (Email: zlbadvogados@gmail.com, CPF: 303.389.888-23)

09 abr 2025 13:11:27 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 189.40.90.131 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

09 abr 2025 13:11:27 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 189.40.90.131 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

Inscrição - COREN SP 000.072.941

ENFERMEIRA



NOME CIVIL
ALESSANDRA TARQUINIO ROSSI BUDZISZ

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
SAO PAULO
SP
BRASILEIRA

PRESIDENTE

FILIAÇÃO
ARY OSWALDO SIQUEIRA BUDZISZ

MIRTES TARQUINIO ROSSI

CPF
151.866.708-20

DATA DE EMISSÃO
06/09/2023

DATA DE NASCIMENTO
03/04/1972

DATA DE VALIDADE
06/09/2028

IDENTIDADE
213097229

ORGÃO EXPEDIDOR
SSPSP



ASSINATURA PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL



X 39587332

DOCUMENTO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (ART. 15 INCISO VII - LEI 6.206 DE 07/05/75) VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE EM FÉ PÚBLICA (ART. 1º DA LEI 5.905 DE 12/07/73 E LEI 6.206 DE 07/05/75)

PROIBIDO PLASTIFICAR

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025 10:31:21 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANTONIO DE OLIVEIRA CAPOTE, em terça-feira, 8 de abril de 2025

RJ

ANEXO 9

Modelo de Manual de Patrimônio (a ser adaptado conforme necessidade da Instituição)

SUMÁRIO

1. ESTRUTURA - ANÁLISE SINTÉTICA DAS ROTINAS DO SETOR DE PATRIMÔNIO 2
2. APROVAÇÃO DO MANUAL 2
3. DA APRESENTAÇÃO 3
4. DA IMPORTÂNCIA 3
5. RESPONSABILIDADES E NORMAS DO SETOR DE PATRIMÔNIO 3
5.1 DIRETRIZES 3
5.2 RESPONSABILIDADES 3
5.3 NORMAS 4
6 – ATRIBUIÇÕES 4
6.1 ATRIBUIÇÕES DO ENCARREGADO DE PATRIMÔNIO 4
7 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SETOR DE PATRIMÔNIO 5
8 - DO HORÁRIO DE TRABALHO 6
8.1 ROTINAS 6
8.1.1 ROTINA PATRIMÔNIO 6
8.1.2 ROTINA - DO CONTROLE DE PATRIMÔNIO – SEDE ADMINISTRATIVA 7
8.1.3 ROTINA - DO INÍCIO DE GESTÃO EM HOSPITAIS 7
8.1.4 ROTINA - DO INÍCIO DE GESTÃO EM HOSPITAIS 9
8.1.5 ROTINA - SISTEMA 9
8.1.6 ROTINA - SISTEMA 10
8.1.7 ROTINA - PLACAS DE ATIVO FIXO 11
8.1.8 ROTINA - PLACAS DE ATIVO FIXO 11
8.1.9 ROTINA - ENTRADA DE BEM NOVO POR NOTA FISCAL 12
8.1.10 ROTINA - TRANSFERÊNCIA DE BEM 12
8.1.11 ROTINA - DESCARTE E/OU DEVOLUÇÃO DE QUALQUER BEM 12
8.1.12 ROTINA - CONSOLIDAÇÃO DE RELATÓRIOS AO FINAL DE CADA EXERCÍCIO 13
8.1.13 ROTINA - CONFERÊNCIA 14
9. ANEXOS 14
10. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO 22

1. ESTRUTURA - ANÁLISE SINTÉTICA DAS ROTINAS DO SETOR DE PATRIMÔNIO

- Realizar ao menos duas vezes ao ano a conferência do ativo fixo imobilizado locado na sede administrativa, emitindo-se e encadernando-os para apresentação à diretoria;

- Solicitar a cada responsável pelo controle de patrimônio das dependências a realização da verificação do ativo fixo locado, para elaboração e emissão dos relatórios pertinentes e envio à sede administrativa para as devidas providências;

- Coordenar na sede administrativa toda e qualquer entrada, transferência e descarte de qualquer bem imobilizado;

- Conferência, controle e manutenção dos dados registrados no sistema controle de patrimônio enviado pelas dependências;

- Receber, verificar e encadernar os relatórios recebidos das dependências para apresentação a diretoria de administração, ao contador geral e a auditoria externa;

- Na abertura de uma nova dependência, levantar todo o imobilizado, elaborar os relatórios, escritos e fotográficos em 3 (três) vias e protocolar junto ao órgão competente;

- Manter contato com os responsáveis pelo setor de patrimônio nas dependências, a fim de dar suporte em casos necessários, sendo que, em alguns casos manter visitas técnicas periódicas.

2. APROVAÇÃO DO MANUAL

Cada rotina descrita a seguir pressupõe uma série de atividades, e em alguns casos o envolvimento de outras áreas, por isso, para a validação e devida implantação deste manual é necessário que algumas diretrizes aqui estabelecidas sejam avaliadas e aprovadas.

3. DA APRESENTAÇÃO

O setor de patrimônio, tem por finalidade o controle de entradas, saídas, transferências e descartes de todo ativo fixo imobilizado.

4. DA IMPORTÂNCIA

Dentre as importantes finalidades do controle de patrimônio da entidade, e conforme preceitua os relatórios são destinados a apresentação à diretoria de administração bem como ao contador geral em âmbito interno e a auditoria externa anualmente.

Os relatórios de controle de patrimônio no tocante a cada dependência possuem, além das apresentações acima, a necessidade de apresentação aos seus respectivos proprietários (Governo de Estado, Prefeitura e ou Empresas Privadas) também conforme indicado em cada contrato firmado**.**

5. RESPONSABILIDADES E NORMAS DO SETOR DE PATRIMÔNIO

5.1 DIRETRIZES

O Responsável pelo Setor de Patrimônio, bem como o administrador de cada dependência deverão tomar conhecimento do controle de Patrimônio da seguinte forma:

- Identificar e manter com rigoroso controle, a relação de patrimônio, observando sempre os critérios de enquadramento do bem;

- Manter o controle e registros em sistema sempre atualizado;

- Os bens de terceiros a serem descartados deverão ser listados, baixados do sistema e devolvidos a quem de direito, mediante emissão de ofício devidamente protocolado, ou em âmbito interno sob utilização o formulário próprio de transferência.

5.2 RESPONSABILIDADES

- Manter controlado todo o ativo fixo imobilizado da Entidade.

5.3 NORMAS

- Para a efetivação de qualquer registro no sistema de "**entrada**" de imobilizado novo, deve-se estar em poder de uma das vias da nota fiscal de compra do mesmo, sendo a partir de então, separada a placa de ativo fixo e realizado o cadastramento em sistema utilizando a maior quantidade de dados possíveis, constantes na nota fiscal.

- Para a efetivação de qualquer registro de "**transferência**" de imobilizado, deve-se atentar-se da existência do formulário pertinente e devidamente assinado por seus respectivos responsáveis.

- Para efetivação de qualquer registro no sistema de "**descarte**" de imobilizado, deve-se verificar se existe o formulário ou ofício pertinente com devida assinatura do diretor da área responsável.

-Tratando-se de dependência, toda e qualquer "**transferência** e/ou **devolução**" de patrimônio de terceiros (bem público), a tramitação deve ser realizada através de ofício a quem de direito, mediante protocolo.

- Tratando-se de dependência, todo "**descarte**" de imobilizado, deve ser solicitado por ofício a quem de direito, solicitando caso necessário sua retirada, mediante protocolo.

6 – ATRIBUIÇÕES

6.1 ATRIBUIÇÕES DO ENCARREGADO DE PATRIMÔNIO

- Manter atualizado o controle de ativo fixo imobilizado da entidade, ou seja, todas as dependências, levando-se em consideração os tipos de patrimônio existentes (Próprio, Terceiros e Gestão), sendo:

- Na abertura de uma nova dependência, levantar todo o imobilizado, elaborar relatório completo, escrito e fotográfico e protocolar junto ao órgão competente;

- Emitir relatório referente às condições do imobilizado, bem como suas considerações (seguido da listagem do imobilizado);

- Elaborar o relatório fotográfico, ratificando as considerações feitas no relatório escrito;

- O relatório completo (Relatório escrito e fotográfico) emitido quando do levantamento do imobilizado em uma nova dependência, deve ser emitido em 03 (três) vias devidamente numeradas, sendo que a via original dever ser anexada ao contrato junto a secretaria administrativa da sede, a segunda via encaminhada ao proprietário do imobilizado (Governo do Estado, Prefeitura e/ou Empresa Privada)

- Auxiliar a dependência na aquisição, implantação e utilização do sistema padrão para controle de patrimônio;

- Elaborar e apresentar junto aos responsáveis do setor de patrimônio os formulários a serem utilizados (Transferência, Descarte e Termo de responsabilidade);

- Informar anualmente a todas as dependências (por circular e e-mail) calendário para envio dos relatórios pertinentes;

- Conferir e encadernar anualmente os relatórios de controle de imobilizado por dependência, para apresentação a diretoria de administração, contabilidade e auditoria externa;

- Conferir e emitir semestralmente, relatório de controle de patrimônio da sede administrativa;

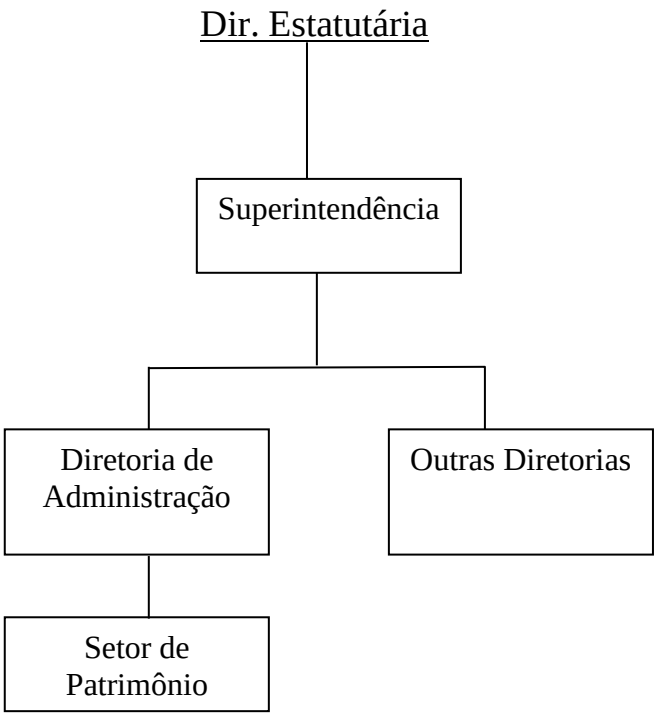
- Elaborar, conferir e emitir relatório estatístico (Gráficos e listagem mensal) de investimentos em imobilizados realizados na sede administrativa;

- Acompanhar toda e qualquer transferência de imobilizado realizada na sede administrativa;

- Efetivar toda e qualquer transferência e/ou descarte de imobilizado no sistema somente se seguir as rotinas estabelecidas (formulário próprio devidamente assinado por seus responsáveis);

- Manter em arquivo individualizado (por exercício contábil e mês) uma via e/ou cópia da nota fiscal de aquisição de todo e qualquer imobilizado adquirido na sede administrativa, com todas as informações possíveis;

7 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SETOR DE PATRIMÔNIO



8 - DO HORÁRIO DE TRABALHO

O setor de Patrimônio funcionará das 08h00 às 18h00 de segunda à sexta-feira.

8.1 ROTINAS

8.1.1ROTINA PATRIMÔNIO

Antes de qualquer registro, deve-se atentar-se para o tipo de patrimônio que vamos trabalhar, para tanto, a apresentação e registro de imobilizado seguirá seguinte critério de enquadramento

1- PATRIMÔNIO

São bens adquiridos pela sede e/ou transferidos de qualquer outra dependência, adquiridos pelo CNPJ da sede administrativa.

São os bens adquiridos pela sede durante gestão contratual, ou seja, todos os bens que foram adquiridos com a utilização do CNPJ da dependência, em nome do hospital.

2- PATRIMÔNIO CEDIDO (TERCEIROS)

São os bens que a sede recebeu no início da gestão do contrato na nova dependência, podendo ser bens particulares (Empresas) ou mesmo bem público (Governo de Estado, Prefeituras).

Conforme determinado pela Diretoria de Administração da Entidade, qual será o sistema padrão a ser utilizado para o controle de patrimônio, e qual do fornecedor. As dependências que por qualquer motivo tenham dificuldades em operar o sistema, poderão recorrer a sede, onde toda assistência será destinada.

8.1.2 ROTINA - DO CONTROLE DE PATRIMÔNIO – SEDE ADMINISTRATIVA

Hoje na sede administrativa, realizamos duas conferências ao ano de patrimônio, isto para solidificar e garantir todas as informações constantes em nossos relatórios.

O setor conta hoje com informações seguras e rápidas, trazendo por conseqüência muita credibilidade aos que necessitam da utilização das informações disponibilizadas.

8.1.3 ROTINA - DO INÍCIO DE GESTÃO EM HOSPITAIS

1. Levantamento Físico do Patrimônio

Após assinatura do contrato, a Diretoria da sede solicita que efetue o levantamento do imobilizado locado na nova dependência. Comunicada, a Diretoria de Administração agenda e informa as datas para realização deste. Para tanto, o material necessário é preparado para iniciarmos o levantamento (Listagem e formulários a serem utilizados pela dependência).

Na nova dependência apresentam-se o setor, instruções e rotinas, estipuladas pela Sede Administrativa, ao administrador local e/ou responsável pela área.

Verifica-se a existência ou não de listagem atualizada do controle de patrimônio, caso não, efetuar levantamento utilizando-se formulário próprio e padrão (Anexo I) para listagem dos bens por setor, estado do bem e data; concomitante ao preenchimento da listagem e/ou conferência, fotografar os imobilizados para montagem do relatório fotográfico.

Em caso de localização de imobilizado sem patrimônio, este deve ser listado de forma detalhada, citando como referência sua descrição ou mesmo localização.

2. Relatórios

Levantados os dados, elabora-se o relatório. Este em sua inicial deve conter dados do contrato assinado pelas partes (número, data, qual secretaria ou órgão, quem assinou, cláusula contratual que se refere a controle de patrimônio) e seus respectivos representantes que levantaram o imobilizado, bem como quem os indicou, data de início e término do levantamento.

É descrito parecer referente às condições do imobilizado, bem como toda e qualquer ocorrência de relevância, seguido de relatório fotográfico, ratificando todas as considerações do relatório escrito;

Este relatório leva em anexo a listagem do levantamento devidamente assinado por seus participantes e separado por setor e data

O relatório completo (escrito e fotográfico) deve ser emitido em 03 (três) vias devidamente numeradas sendo que, a via original deverá permanecer anexada ao contrato, junto a Sede Administrativa, a segunda será remetida a quem de direito, proprietário do imobilizado (Governo do Estado, Prefeitura e/ou Empresa Privada) através de ofício devidamente protocolado pelo departamento competente, e o terceiro mantido em arquivo próprio do Setor de Patrimônio, ou mesmo em caso de solicitação, este pode ser entregue ao Administrador da dependência.

Lembramos que o relatório é ao seu encerramento, disponibilizado eletronicamente a dependência.

Finalizados, os relatórios são apresentados a Diretoria da Sede, para considerações e assinatura.

8.1.4 ROTINA - DO INÍCIO DE GESTÃO EM HOSPITAIS

Tal levantamento também será realizado semestralmente ou anualmente de acordo com as necessidades contratuais, locais e a obrigatoriedade do envio do mesmo ao final do ano para as devidas providências no setor de patrimônio da sede administrativa (consolidação/auditoria).

1. Termo de Responsabilidade

Existem dois formulários direcionados a responsabilidade setorial nas dependências:

- Após o levantamento geral do imobilizado locado na dependência, ao término de cada exercício contábil, para envio a Sede para fins de consolidação.

- Quando da entrada de um imobilizado novo em qualquer setor durante o exercício contábil, ou seja, em qualquer mês, conseqüentemente sendo transferida neste momento a responsabilidade do mesmo.

8.1.5 ROTINA - SISTEMA

1. Aquisição, Instalação, Suporte e Cadastro no Sistema

Definida a estrutura do setor de patrimônio da dependência, o responsável solicita orçamento junto ao fornecedor para aquisição do programa de controle de ativo fixo imobilizado, no caso do Sistema.

Este informa ao administrador as condições para aquisição obtendo assim sua aprovação. A instalação do sistema é de responsabilidade do próprio fornecedor.

Após confirmação da aquisição do sistema e instalação do programa, o responsável designado na dependência deve alimentar o sistema de acordo com os grupos de imobilizados e setores, inserindo assim todos os dados obtidos durante o levantamento físico do patrimônio. A sede neste caso, coloca-se a disposição para apresentar ao usuário local relação de dados necessários para o inicio do cadastramento

dos itens listados no levantamento, mantendo assistência total e auxílio ao seu usuário local.

2. Utilização do Sistema e demais Atribuições

2.1. Acesso ao Sistema

O acesso ao sistema é restrito ao profissional responsável pelo setor de patrimônio da dependência e seu respectivo diretor, através de cadastramento de senha de acesso. Este profissional deve estar atento e manter rigoroso controle em relação aos registros efetuados, que devem estar sempre atualizados.

8.1.6 ROTINA - SISTEMA

O sistema deve ser alimentado com os dados iniciais levantados (Relatório de levantamento físico) e constantemente pelas entradas, saídas, transferências e/ou descartes realizados.

1. O campo observações

Deve ser utilizado para relatar dados constantes na nota fiscal de compra de imobilizado como, fornecedor, número da nota fiscal, data de emissão e especificações constantes na descrição do bem adquirido (de forma clara e objetiva).

2. Relatórios disponíveis

Deve-se manter sempre atualizado os lançamentos no sistema, pois propiciará a possibilidade da emissão de relatórios por setor, por grupo e mesmo por período contábil. A manutenção do sistema sempre atualizado vai gerar ao setor rapidez na emissão de relatórios e informações referentes a qualquer bem locado na dependência, conseqüentemente o setor obterá credibilidade em suas atividades e informações.

8.1.7 ROTINA - PLACAS DE ATIVO FIXO

Fica a critério do setor de patrimônio, com o crivo do administrador de cada dependência, a aquisição de placas de ativo fixo imobilizado, isto para garantir o rápido tombamento dos imobilizados adquiridos no período da gestão, gerando a possibilidade de rápidos relatórios e acima de tudo atualizados para apresentação a quem de direito.

1. Aquisição

Para aquisição das placas, inicialmente, o responsável local deverá verificar qual a quantidade necessária de placas de ativo fixo por um período, e solicitar ao departamento de compras as cotações. Sugere-se que sejam levantados no mínimo 03 (três) empresas fabricantes.

Na aquisição deve atentar-se para o tipo de material a ser utilizado na confecção das placas, o responsável deverá solicitar ao fornecedor amostras do material a ser utilizado.

2. Desenvolvimento

Existe um padrão já definido, utilizado e sugerido pelo setor de Patrimônio da Sede Administrativa. Este deve segue as seguintes diretrizes:

Cor: Fundo xxxx escrito em preto (números e logotipos)

Tamanho: 02 cm x 05 cm

Logotipo / Logomarca: Á critério de cada administrador, consultando o setor de comunicação e ou determinação do contratante, que possui todas as especificações necessárias para informar a empresa fabricante.

8.1.8 ROTINA - PLACAS DE ATIVO FIXO

Aplicação

Quando do recebimento destas, iniciar o cadastramento e fixar as placas nos devidos bens atentando-se para os registros efetuados no sistema.

À utilização destas placas estão condicionadas ao período de nossa gestão, e não ao imobilizado já existente, pois o mesmo deverá ser cadastrado no sistema com distinção de empresas, ou seja, um relatório (empresa) com a identificação do CNPJ do proprietário do

imobilizado transferido e o outro com o nome BHCL (gestão) devidamente cadastrado com seu CNPJ.

8.1.9 ROTINA - ENTRADA DE BEM NOVO POR NOTA FISCAL

Quando da entrada de todo e qualquer bem imobilizado, deve-se atentar primeiramente, possuir uma das vias da nota fiscal de compra.

Em poder da nota fiscal, é necessário verificar se todos os dados estão corretos (fornecedor, data de emissão, valor unitário, descrição do bem).

Dá-se inicio ao cadastramento do bem, lembrando que o passo inicial é ter o número da placa de ativo fixo a ser utilizado, e seguir descrevendo o bem conforme o sistema vai solicitando, sempre em conformidade com a nota fiscal.

Concomitante a inserção dos dados em sistema, deve-se fixar a placa de ativo no imobilizado adquirido, esta deverá ser fixada de forma a facilitar a visualização do mesmo em momentos em que os levantamentos físicos foram efetuados, seguidos estes passos o bem estará devidamente cadastrado.

8.1.10 ROTINA - TRANSFERÊNCIA DE BEM

Para transferir qualquer bem dentro da Sede Administrativa, o setor solicitante deverá utilizar o formulário específico para comunicação de transferência ou descarte de imobilizado, disponível na rede a todos os profissionais, preenchendo todos os dados solicitados e destacando a área “**transferência**”.

Este deve ser devidamente assinado pelos setores de origem e destino e posteriormente enviado ao setor de Patrimônio para execução da transferência.

Sugere-se que o mesmo procedimento adotado na Sede para controle de transferências seja adotado em cada dependência (formulário modelo para utilização nas dependências) , porém a critério do administrador e responsável pela área de patrimônio a adoção desses procedimentos.

8.1.11 ROTINA - DESCARTE E/OU DEVOLUÇÃO DE QUALQUER BEM

Para os casos de descarte e/ou devolução de qualquer bem, existem dois tipos de procedimentos:

1. Descartes efetuados na Sede Administrativa:

Para esse procedimento o setor onde o bem a ser descartado está locado deverá utilizar o formulário específico para comunicação de transferência ou descarte, disponível na rede a todos os profissionais, assinalando a área "**descarte**" e constando as devidas assinaturas do responsável pelo setor e diretor da área.

2. Descartes efetuados nas Dependências (Bens de Terceiros)

Todo e qualquer descarte para ser realizado, somente se concretizará mediante emissão de ofício a quem de direito (proprietário do imóvel), devendo este ser devidamente protocolado pelo setor competente, observando e especificando os motivos de descarte e solicitando sua retirada.

Salvo que cada órgão utiliza um padrão específico na qual o ofício deverá ser enquadrado.

Mediante ofício devidamente protocolado registrar no sistema as referidas baixas identificando os dados constantes no ofício em maior quantidade possível.

8.1.12ROTINA - CONSOLIDAÇÃO DE RELATÓRIOS AO FINAL DE CADA EXERCÍCIO

A Sede Administrativa, ao final de cada exercício contábil, e ao receber os relatórios das dependências (de acordo com cronograma pré estabelecido pela Diretoria de Administração e em conformidade), tem a incumbência de verificar os dados, conferir se os mesmos estão devidamente assinados por seus responsáveis (setor de Patrimônio da dependência ou responsável e o diretor da área) e proceder a consolidação destes, separado por setor, bem como por dependência e encadernar em livro único a ser encaminhado para a ciência e aprovação da Diretoria de Administração, Contador geral e Auditoria externa.

Posterior a isso o documento é enviado para arquivo.

Além dos relatórios finais, também é de responsabilidade do setor de Patrimônio conferir e emitir semestralmente relatório de controle de patrimônio da sede administrativa e, ao final do exercício, o setor elabora, confere e emite relatório estatístico, contendo gráficos e listagem mensal por setor, de investimentos em imobilizados realizados na Sede Administrativa em reais e unitário.

8.1.13 ROTINA - CONFERÊNCIA

Quando do encerramento do exercício, o setor de Patrimônio realiza conferência e listagem do ativo fixo locado em toda Sede Administrativa, classificado por setor /área. Para formalização deste é realizada a coleta da assinatura dos respectivos gerentes, coordenadores, encarregados ou responsáveis por cada área em termo de Responsabilidade específico.

9. ANEXOS

HOSPITAL .....

LEVANTAMENTO DE IMOBILIZADO

Setor:- _____

			Estado do Bem			
N°	**N° Patr.**	**Descrição do Bem**	**Bom**	**Reg.**	**Ruim**	**Observação**
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

Obs:

Logo do Hospital

HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Setor de Patrimônio

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE BENS PATRIMONIADOS

Data:

Equipamento:

Patrimônio:

Enviado para: (setor)	Andar:

_____

Setor de Patrimônio

Estou adquirindo o equipamento acima citado e me responsabilizo pela sua inteira conservação/preservação.

Data: _____/_____/_____ **Assinatura:**_____

Carimbo:

Este formulário deve ser utilizado quando da entrada de um bem novo para transferência de responsabilidade.

Logo do Hospital

HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Setor de Patrimônio

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE BENS PATRIMONIADOS

Data:

Equipamento:

Patrimônio:

Enviado para: (setor)	Andar:

_____

Setor de Patrimônio

Estou adquirindo o equipamento acima citado e me responsabilizo pela sua inteira conservação/preservação.

Data: _____/_____/_____ **Assinatura:**_____

Carimbo:

Este formulário deve ser utilizado quando da entrada de um bem novo para transferência de responsabilidade.

HOSPITAL .....

LEVANTAMENTO DE IMOBILIZADO

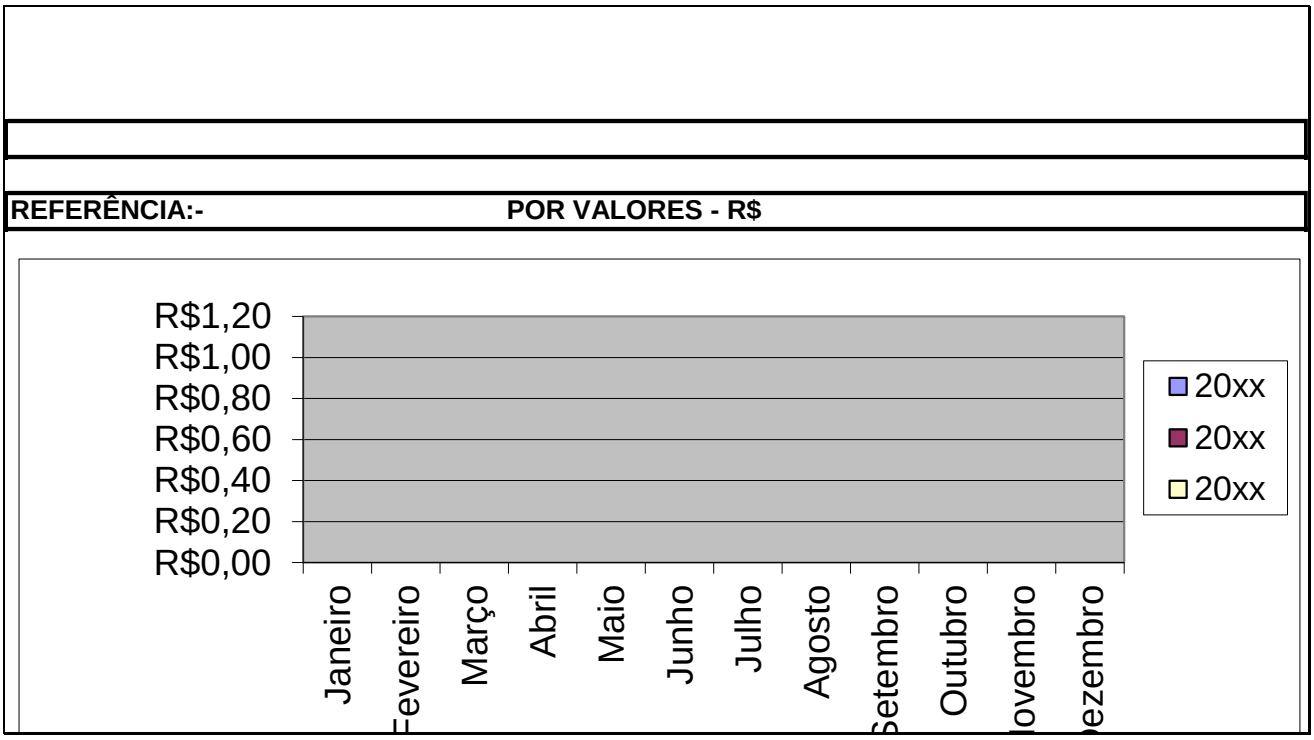
Setor:- _____

			Estado do Bem			
N°	**N° Patr.**	**Descrição do Bem**	**Bom**	**Reg.**	**Ruim**	**Observação**
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

Responsável pelo setor/departamento:-_____
Observações:-_____
_____

Assinatura Responsável Setor	Assinatura Setor de Patrimônio
_____ ASS. E CARIMBO	_____ ASS. E CARIMBO
Data: _____/_____/_____.	Data: _____/_____/_____.

Este formulário dever ser utilizado sempre que ocorrer levantamento semestral ou anual para fins de emissão de relatório a ser enviado à sede adminsitrativa e controle local.


REFERÊNCIA:-
POR VALORES - R$
R$1,20
R$1,00
R$0,80
R$0,60
R$0,40
R$0,20
R$0,00
Janeiro
Março
Abril
Maio
Junho
Julho
Agosto
Outubro
20xx
20xx
20xx

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE BENS

Setor de Patrimônio

Setor/Departamento:-_____

N.º	DESCRIÇÃO	MODELO	MARCA	Nº PATR.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Conferência realizada em:- -_____/_____/_____

Os bens acima ou em lista anexa (devidamente rubricadas), são de responsabilidade do(a):-

Nome/Função:-_____

Responsável pelo setor/departamento:-_____

Observações:-_____

_____

Responsável Setor	Responsável Setor-Patrimônio
_____ Ass. / Carimbo	_____ Ass. / Carimbo
Data: _____/_____/_____.	Data: _____/_____/_____.

Este formulário deve ser utilizado quando das conferências anuais da Sede Administrativa

10. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	MANUAL	Qualidade	
Título	PATRIMONIO	Data de emissão: 13/01/2024	Data de revisão: 13/01/2026
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

Dr. Rodrigo Navarro
Cirurgia Geral
CRM/SP 200.125

ANEXO 10

Modelo de Manual de Almoxarifado (a ser adaptado conforme necessidade da Instituição)

SUMÁRIO

1. CONCEITO DA ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS 2
2. FINALIDADE 2
3. OBJETIVOS 2
4. COMPETÊNCIA 3
   4.1 ALMOXARIFADO 4
5. NORMAS ADMINISTRATIVAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS 6
   5.1 SÃO NORMAS COMUNS AO SERVIÇO DE MATERIAIS 6
   5.2 SÃO NORMAS DO SETOR DE ALMOXARIFADO 6
6. NORMAS TÉCNICAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS 7
   6.1 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE GÊNEROS 7
   6.2 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE FILMES E PAPÉIS FOTOGRÁFICOS: 8
   6.3 NORMAS TÉCNICA PARA ESTOCAGEM DE TINTAS, ESMALTES E VERNIZES: 8
   6.4 NORMAS TÉCNICAS PARA GUARDA DE INFLAMÁVEIS: 9
   6.5 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE TAMBORES E BARRIS: 9
   6.6 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE MATERIAIS RETANGULARES: 9
   6.7 NORMAS TÉCNICAS PARA GUARDA DE SACARIAS: 10
7. ROTEIRO PARA O SERVIÇO DE MATERIAIS 10

1. CONCEITO DA ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS

A Administração de Materiais é a técnica da utilização de princípios e meios, através dos quais, fazemos render em plenitude, os equipamentos, as matérias primas, as ferramentas e os materiais, conseguindo sua devida conservação e controle.

A Administração de Materiais é um ramo da Administração que trata especificamente dos materiais do Hospital, para a produção de bens e serviços.

2. FINALIDADE

A Administração de Materiais no Hospital tem por finalidade assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários e capazes de atender à demanda do mesmo, bem como, cuidar de todos os problemas relacionados à Materiais, fiscalizando, zelando e controlando, no sentido de garantir

quantidade e qualidade no abastecimento e padrão no atendimento.

3. OBJETIVOS

- Reduzir os custos na aquisição;
- Racionalizar as técnicas de estocagem para reduzir o custo de manutenção;
- Reduzir os custos de reposição estabelecendo lotes de compras;
- Manter rotatividade dos estoques segundo o consumo médio mensal e capacidade para armazenamento;
- Reduzir os custos com a mão-de-obra, procurando a informatização dos dados
- Treinar, aperfeiçoar e qualificar o pessoal;
- Garantir o fornecimento contínuo dos materiais;

- Exigir a qualidade dos materiais a serem adquiridos;
- Cultivar boas relações com os fornecedores;
- Manter atualizado o cadastro de fornecedores por produtos e por fornecedores;
- Padronizar os materiais e medicamentos a serem utilizados;
- Prever o abastecimento periódico, de forma, a otimizar o atendimento aos setores/serviços;
- Maximizar o retorno, ou seja, proporcionar um retorno rápido e crescente de todo investimento feito em estoque;
- Centralizar as atividades de Materiais, possibilitando maior controle e eficiência, mais responsabilidade e harmonia, evitando duplicação de esforços e desperdícios de tempo.
- Definir claramente a responsabilidade de cada setor, de modo a disseminar a harmonia e a integração entre todos, evitando conflitos;
- Manipular fórmulas magistrais e soluções, dentro das possibilidades do Hospital;
- Implantar uma política de compras equilibrada, possibilitando maior reciprocidade entre Hospital/ Fornecedor e Fornecedor/Hospital;
- Planejar a aquisição de novos equipamentos e materiais, modernizando os serviços;
- Fazer previsão orçamentária, evitando assim o desequilíbrio das finanças do Hospital.

4. COMPETÊNCIA

Compete ao Serviço de Materiais:

- **Compras** - a competência do setor de compras refere-se à aquisição dos materiais necessários à operação do sistema produtivo do Hospital. Sua finalidade básica é manter fontes de suprimentos.

- **Recebimento e Conferência** - é uma operação que processa por ocasião do ato da entrega do material comprado, na qual são verificadas as indicações contidas nas notas fiscais (endereço/marca), em confrontação com o pedido de compras.

- **Armazenagem** - visa a utilização de técnicas de estocagem para salvaguardar os materiais de perigos de queda, deterioração, perda e outros. Assim, o armazenamento deve ser feito de conformidade com o tipo de material e com o tipo de recipiente adequado.

- **Controle** - a Administração de Materiais deve ser capaz de controlar os diversos tipos de materiais que devem realmente ser mantidos em estoque, o tempo em que deve ser reposto os estoques e a quantidade que devem ser adquiridos a fim de que não haja problemas de faltas ou excessos.

- **Distribuição -** a Administração de Materiais está ligada à entrega de mercadorias requisitadas pelos setores/ serviços.

4.1 ALMOXARIFADO

É o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição ordenada dos materiais de consumo necessários ao funcionamento do Hospital.

a) Funções

- Recebimento dos materiais;
- Guarda ou estocagem;
- Controle;

- Distribuição aos setores/ serviços requisitantes;
- Planejamento de quando e quanto comprar;
- Levantamento periódico dos estoques;
- Estabelecimento da quantidade máxima, mínima e do ponto de pedido.

b) Localização

O Almoxarifado hospitalar deverá estar localizado no pavimento térreo e o mais próximo possível da entrada destinada ao abastecimento do hospital em local arejado e dotado de claridade natural, com área livre de escadaria e de fácil acesso à entrada de mercadorias.

c) Área Física

A área destinada ao almoxarifado deverá ser prevista em, no mínimo, 0,80 a 1,20m 2 por leito e deve abranger:

- Local de recebimento e conferência dos materiais;
- Local de estocagem dotado de estrado, estantes simples e duplas;
- Local de distribuição dos materiais requisitados;
- Acesso externo coberto com marquise de proteção contra sol e chuva;
- Corredores internos com largura mínima de 0,80 cm e externos com largura mínima de 2,00m;
- Plataforma para descarga;
- Paredes de cor clara;
- Pisos e rampas com revestimento antiderrapante.

5. NORMAS ADMINISTRATIVAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS

5.1 SÃO NORMAS COMUNS AO SERVIÇO DE MATERIAIS

- O horário de trabalho estabelecido, deverá ser cumprido;
- Os funcionários trabalharão devidamente uniformizados;
- As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;
- As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;
- A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;
- As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Diretor Administrativo;
- Os documentos inerentes ao Serviço de Materiais, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização da Direção.

5.2 SÃO NORMAS DO SETOR DE ALMOXARIFADO

- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem correspondente requisição;
- A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;
- Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias pré-estabelecido para cada setor ou que não traga a assinatura do responsável;

- Os funcionários do Almoxarifado atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes, observando o calendário estipulado.

6. NORMAS TÉCNICAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS

6.1 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE GÊNEROS

- Estocar os gêneros alimentícios em local próprio com boa ventilação natural, cruzada;
- A Despensa deverá ser equipada com estrados de madeira para a estocagem das sacarias;
- Os estrados deverão distar 0,40cm do piso, sendo os pés revestidos com folhas de flandres, para evitar o acesso de roedores aos alimentos.
- Os cereais em grãos e as leguminosas deverão ficar sobre os estrados de madeiras, acondicionados em sacos de amiagem ou algodão;
- As prateleiras poderão ser de fórmica, madeira vernizada, azulejadas ou de aço inoxidável;
- As prateleiras deverão distar 10cm das paredes, para evitar que a umidade atinja os alimentos;
- Os gêneros acondicionados em pacotes, latas ou caixas, deverão ser arrumados ou empilhados nas prateleiras, afastados da parede;
- Ao armazenar macarrão, biscoito, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;
- Os gêneros mais velhos deverão ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (rotatividade);

- Os gêneros (caixas, sacos, pacotes, latas, vidros, litros, etc.) deverão ser acondicionados (arrumados nas prateleiras), de forma que o rótulo fique visível e nunca com a boca para baixo, demonstrando organização e facilitando a localização do produto;
- Não misturar alimentos com material de limpeza, sendo que estes poderão ser guardados na própria Despensa, mas em lugar visivelmente separado;
- Usar utensílios seco e limpo, para retirar os gêneros das sacarias;
- Providenciar periodicamente dedetização e desratização, tomando precauções para que os gêneros não sejam atingidos pelo produto do processo;
- As janelas deverão ser teladas (tela de nylon fina).

6.2 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE FILMES E PAPÉIS FOTOGRÁFICOS:

- A área de estocagem destes materiais deverá ser protegida de umidade, calor e vapor;
- Deverão ser evitados locais próximos a caldeiras, condicionadores de ar, respiradores, estufas e coberturas não isoladas;
- A estocagem destes materiais deverá ser processada em agrupamentos distintos de acordo com a data de validade estabelecida pelo fabricante;
- Serão estocados em prateleiras, de preferência nas embalagens originais, com espaços livres entre os volumes, para facilitar a circulação do ar.

6.3 NORMAS TÉCNICA PARA ESTOCAGEM DE TINTAS, ESMALTES E VERNIZES:

- A área destinada a estes materiais deverá ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;
- Deverão ser mantidos em suas embalagens originais até sua utilização;

- Deverão ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoxarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

6.4 NORMAS TÉCNICAS PARA GUARDA DE INFLAMÁVEIS:

- A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre, deverá ser perfeitamente delimitada e isolada;
- Quando situada em edificação, deverá , ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;
- Os líquidos inflamáveis deverão ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;
- Os recipientes de líquidos dos inflamáveis deverão ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

6.5 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE TAMBORES E BARRIS:

- Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;
- Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;
- Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

6.6 NORMAS TÉCNICAS PARA ESTOCAGEM DE MATERIAIS RETANGULARES:

- Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;
- As caixas de papelão não devem ser depositadas em local úmido;

- Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

6.7 NORMAS TÉCNICAS PARA GUARDA DE SACARIAS:

- Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo, etc.)
- Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas "armadas";
- Pilha deverá ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos deverão ficar voltadas para dentro da pilha.

7. ROTEIRO PARA O SERVIÇO DE MATERIAIS

Horário	Atividade	Observação
07:00	Pega o plantão	
07:15	Faz bandeja, o PS e devoluções.	
07:30	Devoluções de todos os setores.	
07:40	Reposições da noite, Berçário, CTI, pré-parto.	
08:30	Faço os pedidos de medicamentos.	
11:45	Almoço.	
12:00	Edifico.	
13:00	Faz pedido de alimentos e impressos.	
14:00	Pedidos do centro Cirúrgico.	
15:00	Edifico.	
16:00	Faz novamente os pedidos do PS, Pré-parto e berçário.	

17:00	Arruma os remédios.	
18:00	Fraciona os medicamentos.	

Roteiro: Movimentação Diária
Setor: Materiais.

Horário	Atividade	Observação
07:00	Cadastro de produtos novos.	
07:30	Entradas do dia	
08:00	Devoluções do dia.	
08:30	Lança as saídas.	
11:30	Arruma os produtos em seus lugares.	
12:00	Auxilia na Farmácia.	
15:30	Passa as notas fiscais para as planilhas.	
17:00	Encerra o expediente.	Obs.: Recebimento e conferência de mercadoria (07:00 às 17:00)

Roteiro: Coordenação de Materiais.
Setor: Materiais.

Horário	Atividade	Observação
07:00	Verifica o estoque.	
08:00	Carimba as Notas fiscais e lança no mapa de compras.	
08:30	Recebe cotações e verifica os melhores preços, e efetua compras.	

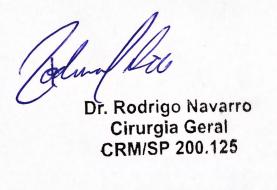
	Atende representantes.	Durante todo horário.
	Resolve problemas dos demais setores.	Durante todo horário.
13:00	Confere caixas de urgência.	Uma vez por semana.
15:00	Compras de urgência.	Qualquer horário.
	Verificação de estoques para compra.	
16:30	Enviar pedidos para cotação.	

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	MANUAL	Qualidade	
Título	ALMOXARIFADO	Data de emissão: 18/11/2023	Data de revisão: 18/11/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		

	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo



ANEXO 11 e 12

Detalhamento do Custeio das Alterações Contratuais em Decorrência das Datas Bases das Categorias e os Aspectos Macroeconômico do País.

Detalhou o Custeio das Ações Voltadas para Acreditação pela ONA da Unidade de Acordo com a Vigência do Contrato, pelo Menos do Nível I.

PROPOSTA FINANCEIRA DETALHADA

Esta seção detalha os recursos financeiros previstos nesta proposta.

Custos com Recursos Humanos

Os gastos com Recursos Humanos estão detalhados na "Planilha de Custos/Despesas Mensais" (itens 1. e subitens de 1.1 a 1.6) e na "Planilha de Dimensionamento de Pessoal". Esses custos incluem:

- **Quantitativo e Categorias:** Apresentamos um quadro com o número estimado de profissionais por categoria, incluindo a quantidade específica de cada um, sua carga horária individual e o tipo de vínculo empregatício (CLT, PJ, terceirizado).
- **Custo de Pessoal:** Esta seção detalha todos os custos de pessoal, abrangendo salários, encargos trabalhistas, benefícios e investimentos em treinamentos para o desenvolvimento contínuo da equipe.

Alocação de Despesas por Tipo

A "Planilha de Custos/Despesas Mensais" também descreve a alocação de recursos por tipo de despesa:

- **Materiais, Medicamentos e Insumos:** Nos itens 2. e subitens 2.1 a 2.4, especificamos as despesas relacionadas a materiais médico-hospitalares, como medicamentos, dietas enterais e gases medicinais, com suas estimativas de custos.
- **Serviços de Terceiros:** O item 3. e subitens de 3.1 a 3.7 detalham os gastos com serviços terceirizados, como limpeza, nutrição, lavanderia e manutenção de equipamentos, com seus custos estimados.
- **Despesas Compartilhadas:** Conforme o modelo padrão do edital, as despesas compartilhadas (item 8. e subitens de 8.1 a 8.14) foram calculadas com um percentual de 3,54%.
- **Alterações Contratuais:** Incluímos previsões de custeio para possíveis alterações contratuais, como reajustes salariais e variações macroeconômicas. Isso garante a

estabilidade financeira do contrato, seguindo o modelo padrão de planilha do edital, com detalhamento em 12 meses e consolidação dos valores mensais.

Alocação para Atividades de Qualidade e Segurança

Destinamos recursos para garantir a qualidade e segurança dos serviços:

- **Serviço de Ouvidoria:** Incluímos na equipe um Analista de Ouvidoria, responsável pela gestão e acompanhamento dos processos, assegurando um canal de comunicação transparente e eficiente com os usuários.
- **Comissões Técnicas: A**s comissões da unidade, detalhadas no item 2, subitem 3.1 do projeto, serão coordenadas por profissionais do hospital, designados pela direção geral e diretoria técnica.
- **Política de Segurança dos Processos de Gerenciamento de Saúde**: Para garantir a excelência na gestão da qualidade, designamos profissionais para o mapeamento, implementação e gerenciamento do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente. Esses profissionais serão responsáveis por disseminar as melhores práticas e promover a cultura de qualidade em toda a unidade. Além disso, conforme o subitem 5.5 da "Planilha de Custos/Despesas Mensais", investimos em um sistema de gestão robusto para o acompanhamento preciso dos indicadores da unidade e tomadas de decisão baseadas em dados.
- **Acreditação ONA:** Alocamos recursos (subitem 8.14) para a avaliação externa por empresas certificadoras. Isso visa acelerar o aprimoramento dos processos da unidade e possibilitar a obtenção do nível I de certificação dentro do prazo contratual.

Considerações Finais

Esta proposta financeira foi elaborada com base em uma análise rigorosa das exigências do edital e das informações coletadas durante a visita técnica. Nosso objetivo é otimizar a relação custo-benefício e garantir a excelência dos serviços.

A Organização Social Beneficência Hospitalar de Cesário Lange - BHCL propõe gerenciar e operar a unidade de saúde pelo valor global anual de **R$ 22.580.877,32 (vinte**

e dois milhões, quinhentos e oitenta mil, oitocentos e setenta e sete reais e trinta e dois centavos), o que corresponde a um valor mensal de **R$ 1.881.739,78 (um milhão, oitocentos e oitenta e um mil, setecentos e trinta e nove reais e setenta e oito centavos)**.

Cesário Lange, 23 de julho de 2025

Roberta Gonella Junior
Diteror Presidente

Página de assinaturas



Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

18 jul 2025 14:58:43 — **Karen Cardoso** criou este documento. (Email: fin.projetos@bhcl.org.br, CPF: 017.615.582-18)

18 jul 2025 14:59:25 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Saltinho - São Paulo - Brazil

18 jul 2025 14:59:25 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Saltinho - São Paulo - Brazil

Abaixo apresentação do dimensionamento de pessoal a serem contratos em formatos CLT:

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

VINCULO	SETOR	CATEGORIA	C.H MENSAL	DIA	NOITE	IST	Total	COMPOSIÇÃO SALARIAL	BENEFICIOS	ENCARGOS SOCIAS	PROVISIONAMENTO	REMUNERAÇÃO
CLT	ADM	Gerente Administrativo	200	1	0	0	1,00	R$ 22.000,00	R$ 2.779,33	R$ 3.254,07	R$ 4.483,37	R$ 32.516,78
CLT	ADM	Gerente Assistencial	200	1	0	0	1,00	R$ 8.075,00	R$ 1.943,83	R$ 1.376,64	R$ 1.645,60	R$ 13.041,08
CLT	P.S.	Enfermeiro Assistencial	180	10	10	4	24,00	R$ 106.777,31	R$ 35.076,36	R$ 14.669,98	R$ 21.633,76	R$ 178.157,41
CLT	P.S.	Técnico de Enfermagem	180	22	17	9	48,00	R$ 152.554,25	R$ 66.794,91	R$ 20.832,95	R$ 30.883,41	R$ 271.065,52
CLT	Eq. Multi	Psicólogo	200	1	0	0	1,00	R$ 3.739,60	R$ 1.665,49	R$ 791,81	R$ 759,25	R$ 6.956,15
CLT	Eq. Multi	Assistente Social	150	3	0	0	3,00	R$ 7.873,80	R$ 3.310,78	R$ 1.348,56	R$ 1.596,08	R$ 14.129,22
CLT	Eq. Multi	Nutricionista RT	200	1	0	0	1,00	R$ 3.537,51	R$ 1.653,37	R$ 764,56	R$ 718,07	R$ 6.673,51
CLT	Eq. Multi	Farmacêutico RT	200	1	0	0	1,00	R$ 5.403,60	R$ 1.765,33	R$ 1.016,15	R$ 1.098,36	R$ 9.283,45
CLT	Eq. Multi	Farmacêutico	180	2	2	1	5,00	R$ 22.411,09	R$ 7.319,85	R$ 3.306,59	R$ 4.541,19	R$ 37.578,72
CLT	Apoio	Auxiliar de Farmácia	180	2	2	2	6,00	R$ 10.840,81	R$ 7.883,75	R$ 1.747,15	R$ 2.187,93	R$ 22.659,64
CLT	Apoio	Auxiliar de Almoxarifado	200	1	0	0	1,00	R$ 1.605,98	R$ 1.555,69	R$ 504,46	R$ 327,28	R$ 3.993,41
CLT	Apoio	Técnico em Radiologia	120	4	4	0	8,00	R$ 35.286,77	R$ 9.084,57	R$ 5.032,40	R$ 7.074,55	R$ 56.478,29
CLT	Eq. Multi	Enfermeiro SCIH/ NVE	200	1	0	0	1,00	R$ 5.053,60	R$ 1.744,33	R$ 968,97	R$ 1.027,03	R$ 8.793,93
CLT	Eq. Multi	Enfermeiro da Qualidade/ NEP	200	1	0	0	1,00	R$ 4.750,00	R$ 1.744,33	R$ 928,35	R$ 968,00	R$ 8.390,69
CLT	Eq. Multi	Assistente Administrativo/ qualidade e NEP	200	1	0	0	1,00	R$ 3.902,19	R$ 1.693,46	R$ 814,05	R$ 795,23	R$ 7.204,93
CLT	Eq. Multi	Enfermeiro Supervisor/ NIR	180	2	2	0	4,00	R$ 18.003,49	R$ 5.846,06	R$ 2.712,67	R$ 3.645,93	R$ 30.208,15
CLT	ADM	Analista contábil financeiro	200	1	0	0	1,00	R$ 3.902,19	R$ 1.693,46	R$ 814,05	R$ 795,23	R$ 7.204,93
CLT	ADM	Analista de RH/ DP	200	1	0	0	1,00	R$ 3.902,19	R$ 1.693,46	R$ 814,05	R$ 795,23	R$ 7.204,93
CLT	ADM	Faturista	200	2	0	0	2,00	R$ 4.565,02	R$ 3.192,57	R$ 903,41	R$ 930,30	R$ 9.591,30
CLT	ADM	Analista de TI	200	1	0	0	1,00	R$ 4.641,00	R$ 1.737,79	R$ 913,66	R$ 945,79	R$ 8.238,24
CLT	ADM	Encarregado de Facilitis	200	1	0	0	1,00	R$ 3.784,11	R$ 1.686,38	R$ 798,13	R$ 771,16	R$ 7.039,78

CLT	Apoio	Auxiliar de Higiene - interno	180	4	2	3	9,00	R$ 17.738,50	R$ 11.766,14	R$ 2.673,35	R$ 3.559,85	R$ 35.737,84
CLT	Apoio	Auxiliar de Serviços Gerais - Manutenção	180	2	0	1	3,00	R$ 5.772,36	R$ 3.922,05	R$ 1.064,28	R$ 1.159,30	R$ 11.917,99
CLT	Apoio	Eletricista	200	1	0	0	1,00	R$ 3.181,02	R$ 1.622,87	R$ 716,34	R$ 644,00	R$ 6.164,23
CLT	ADM	Assistente Administrativo	200	2	0	0	2,00	R$ 4.463,58	R$ 3.186,48	R$ 889,73	R$ 909,63	R$ 9.449,43
CLT	ADM	Recepcionista	180	4	2	2	8,00	R$ 15.294,31	R$ 10.568,91	R$ 2.346,92	R$ 3.089,47	R$ 31.299,60
CLT	ADM	Analista de Patrimônio	200	1	0	0	1,00	R$ 3.902,19	R$ 1.693,46	R$ 814,05	R$ 795,23	R$ 7.204,93
CLT	Apoio	Controlador de Acesso	180	2	2	2	6,00	R$ 11.035,33	R$ 7.894,83	R$ 1.773,37	R$ 2.227,48	R$ 22.931,01
CLT	Apoio	Analista de Ouvidoria	200	1	0	0	1,00	R$ 3.902,19	R$ 1.693,46	R$ 814,05	R$ 795,23	R$ 7.204,93
CLT	SESMT	Técnico de Segurança do Trabalho	200	1	0	0	1,00	R$ 3.937,43	R$ 1.677,36	R$ 818,48	R$ 799,57	R$ 7.232,84
CLT	ADM	Jovem Aprendiz	100	2	0	0	2,00	R$ 2.280,00	R$ 2.065,47	R$ 595,34	R$ 464,64	R$ 5.405,44
CLT	Transporte	Motorista	180	2	2	0	4,00	R$ 18.569,60	R$ 8.324,00	R$ 2.788,77	R$ 3.759,32	R$ 33.441,69
							151	**R$ 522.686,03**	**R$ 216.280,18**	**R$ 79.607,33**	**R$ 105.826,45**	**R$ 924.399,98**

Abaixo apresenta-se a tabela referente ao dimensionamento de recursos humanos com vínculo PJ:

DIMENSIONAMENTO MÉDICO				
VÍNCULO	**SETOR**	**PROFISSIONAL**	**HORAS MENSAL**	**VALOR MENSAL**
PJ	Emergência	**Coordenador/ RT**	87	R$ 16.132,00
PJ	Emergência	**Plantão - dia**	732	R$ 135.508,80
PJ	Emergência	**Plantão - noite**	732	R$ 135.508,80
PJ	Emergência	**Diagnóstico por imagem**	26	R$ 4.839,60
PJ	Emergência	**Telemedicina Pediatra**	65	R$ 12.099,00
TOTAL			**1.644**	**R$ 304.088,20**

Em atendimento ao edital, apresentamos a planilha detalhada dos custos/despesas mensais, bem como o valor consolidado para os 12 meses.

	MÊS					
RECEITAS OPERACIONAIS	**Mês 1**	**Mês 2**	**Mês 3**	**Mês 4**	**Mês 5**	**Mês 6**
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	R$ 1.881.739,78	R$ 1.881.739,78	R$ 1.881.739,78	R$ 1.881.739,78	R$ 1.881.739,78	R$ 1.881.739,78
Repasse Programas Especiais	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
Repasse para Investimentos	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
TOTAL DE REPASSES (a)	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**
DESPESAS OPERACIONAIS						
1. Pessoal	**R$ 924.399,98**	**R$ 924.399,98**	**R$ 924.399,98**	**R$ 924.399,98**	**R$ 924.399,98**	**R$ 924.399,98**
1.1. Ordenados	R$ 456.098,14	R$ 456.098,14	R$ 456.098,14	R$ 456.098,14	R$ 456.098,14	R$ 456.098,14
1.1. Encargos Sociais	R$ 61.424,63	R$ 61.424,63	R$ 61.424,63	R$ 61.424,63	R$ 61.424,63	R$ 61.424,63
1.2. Provisões	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
1.2.1 - Férias	R$ 51.012,51	R$ 51.012,51	R$ 51.012,51	R$ 51.012,51	R$ 51.012,51	R$ 51.012,51
1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	R$ 3.060,35	R$ 3.060,35	R$ 3.060,35	R$ 3.060,35	R$ 3.060,35	R$ 3.060,35
1.2.3 - 13º e adicional de férias	R$ 38.263,21	R$ 38.263,21	R$ 38.263,21	R$ 38.263,21	R$ 38.263,21	R$ 38.263,21
1.2.4 - Indenizações	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
1.3. Benefícios	R$ 183.314,95	R$ 183.314,95	R$ 183.314,95	R$ 183.314,95	R$ 183.314,95	R$ 183.314,95
1.4. Índice de Segurança Técnica	R$ 131.226,20	R$ 131.226,20	R$ 131.226,20	R$ 131.226,20	R$ 131.226,20	R$ 131.226,20
1.6. Outras Formas de Contratação	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
2. Material/Medicamentos/Insumos	**R$ 39.671,24**	**R$ 39.671,24**	**R$ 39.671,24**	**R$ 39.671,24**	**R$ 39.671,24**	**R$ 39.671,24**
2.1. Materiais Médico Hospitalares	R$ 16.230,45	R$ 16.230,45	R$ 16.230,45	R$ 16.230,45	R$ 16.230,45	R$ 16.230,45
2.2. Medicamentos	R$ 21.010,46	R$ 21.010,46	R$ 21.010,46	R$ 21.010,46	R$ 21.010,46	R$ 21.010,46
2.3. Dietas enterais	R$ 220,96	R$ 220,96	R$ 220,96	R$ 220,96	R$ 220,96	R$ 220,96
2.4. Gases Medicinais	R$ 2.209,37	R$ 2.209,37	R$ 2.209,37	R$ 2.209,37	R$ 2.209,37	R$ 2.209,37

3. Serviços terceirizados	**R$ 432.284,73**	**R$ 432.284,73**	**R$ 432.284,73**	**R$ 432.284,73**	**R$ 432.284,73**	**R$ 432.284,73**
3.1. Limpeza e asseio	R$ 57.530,20	R$ 57.530,20	R$ 57.530,20	R$ 57.530,20	R$ 57.530,20	R$ 57.530,20
3.2. Nutrição e dietética	R$ 70.672,00	R$ 70.672,00	R$ 70.672,00	R$ 70.672,00	R$ 70.672,00	R$ 70.672,00
3.3. Lavanderia	R$ 8.320,40	R$ 8.320,40	R$ 8.320,40	R$ 8.320,40	R$ 8.320,40	R$ 8.320,40
3.4. CME	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00
3.5. Manutenção de equipamentos	R$ 56.000,00	R$ 56.000,00	R$ 56.000,00	R$ 56.000,00	R$ 56.000,00	R$ 56.000,00
3.7. Outros (laboratório, manutenção predial, engenharia clínica)	R$ 234.762,13	R$ 234.762,13	R$ 234.762,13	R$ 234.762,13	R$ 234.762,13	R$ 234.762,13
4. Seguros/Impostos/Taxas	**R$ 9.400,00**	**R$ 9.400,00**	**R$ 9.400,00**	**R$ 9.400,00**	**R$ 9.400,00**	**R$ 9.400,00**
4.1. Seguros (Imóvel e automóvel)	R$ 3.400,00	R$ 3.400,00	R$ 3.400,00	R$ 3.400,00	R$ 3.400,00	R$ 3.400,00
4.2. Impostos/Taxas	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00
5. Gerais	**R$ 105.246,47**	**R$ 105.246,47**	**R$ 105.246,47**	**R$ 105.246,47**	**R$ 105.246,47**	**R$ 105.246,47**
5.1. Telefonia/Internet	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00
5.3. Energia Elétrica	R$ 65.600,00	R$ 65.600,00	R$ 65.600,00	R$ 65.600,00	R$ 65.600,00	R$ 65.600,00
5.4. Água e esgoto	R$ 12.600,00	R$ 12.600,00	R$ 12.600,00	R$ 12.600,00	R$ 12.600,00	R$ 12.600,00
5.4. Locação de veículos (exceto ambulância)	R$ 18.395,42	R$ 18.395,42	R$ 18.395,42	R$ 18.395,42	R$ 18.395,42	R$ 18.395,42
5.5. Outras Despesas Gerais (materiais de consumo gerais)	R$ 7.151,05	R$ 7.151,05	R$ 7.151,05	R$ 7.151,05	R$ 7.151,05	R$ 7.151,05
6. Depreciação	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
7. Prestação de Serviços de Terceiros	**R$ 304.088,20**	**R$ 304.088,20**	**R$ 304.088,20**	**R$ 304.088,20**	**R$ 304.088,20**	**R$ 304.088,20**
7.1. Assistenciais	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
7.1.1. Pessoa Jurídica	R$ 304.088,20	R$ 304.088,20	R$ 304.088,20	R$ 304.088,20	R$ 304.088,20	R$ 304.088,20
7.1.2. Pessoa Física	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
7.1.3. Cooperativa	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
7.1.4. SADT e gosometria	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
7.2. Administrativos	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
7.2.1. Pessoa Jurídica	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
7.2.2. Pessoa Física	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
7.2.3. Cooperativa	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8. Custos indiretos	**R$ 66.649,16**	**R$ 66.649,16**	**R$ 66.649,16**	**R$ 66.649,16**	**R$ 66.649,16**	**R$ 66.649,16**

8.1. Material de expediente	R$ 1.815,82	R$ 1.815,82	R$ 1.815,82	R$ 1.815,82	R$ 1.815,82	R$ 1.815,82
8.2. Transporte de pacientes	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.3. Manutenção predial	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.4. Faturamento e auditoria	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.5. Gerador de energia elétrica exclusivo	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.6. TI	R$ 48.833,33	R$ 48.833,33	R$ 48.833,33	R$ 48.833,33	R$ 48.833,33	R$ 48.833,33
8.7. Jurídico	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00
8.8. Educação Continuada	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.9. Assessoria de Comunicação	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.10. Contabilidade	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00
8.11. Segurança e vigilância	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.12. SCIH	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.13. OPM não SUS	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.14. Locação de equipamento hospitalar/info/outros	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.13. Resíduos hospitalares	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
8.14. Outros (especificar)	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (a)	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**
DESPESAS NÃO OPERACIONAIS (c)	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
1. Reformas	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
2. Obras	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
3. Móveis	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
4. Equipamentos	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
TOTAL DE DESPESAS NÃO OPERACIONAIS = (b)	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
TOTAL DE DESPESAS = (a)+(b)	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**
TOTAL DE RECEITAS = (a)	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**
RESULTADO: DÉFICIT/SUPERÁTIVIT = (a)-(b)-(c)	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

MÊS						Valor anual em R$
Mês 7	**Mês 8**	**Mês 9**	**Mês 10**	**Mês 11**	**Mês 12**	
R$ 1.881.739,78	R$ 1.881.739,78	R$ 1.881.739,78	R$ 1.881.739,78	R$ 1.881.739,78	R$ 1.881.739,78	R$ 22.580.877,32
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 1.881.739,78	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 22.580.877,32**
R$ 924.399,98	**R$ 924.399,98**	**R$ 924.399,98**	**R$ 924.399,98**	**R$ 924.399,98**	**R$ 924.399,98**	**R$ 11.092.799,80**
R$ 456.098,14	R$ 456.098,14	R$ 456.098,14	R$ 456.098,14	R$ 456.098,14	R$ 456.098,14	R$ 5.473.177,67
R$ 61.424,63	R$ 61.424,63	R$ 61.424,63	R$ 61.424,63	R$ 61.424,63	R$ 61.424,63	R$ 737.095,57
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 51.012,51	R$ 51.012,51	R$ 51.012,51	R$ 51.012,51	R$ 51.012,51	R$ 51.012,51	R$ 612.150,09
R$ 3.060,35	R$ 3.060,35	R$ 3.060,35	R$ 3.060,35	R$ 3.060,35	R$ 3.060,35	R$ 36.724,16
R$ 38.263,21	R$ 38.263,21	R$ 38.263,21	R$ 38.263,21	R$ 38.263,21	R$ 38.263,21	R$ 459.158,49
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 183.314,95	R$ 183.314,95	R$ 183.314,95	R$ 183.314,95	R$ 183.314,95	R$ 183.314,95	R$ 2.199.779,41
R$ 131.226,20	R$ 131.226,20	R$ 131.226,20	R$ 131.226,20	R$ 131.226,20	R$ 131.226,20	R$ 1.574.714,42
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 39.671,24	**R$ 39.671,24**	**R$ 39.671,24**	**R$ 39.671,24**	**R$ 39.671,24**	**R$ 39.671,24**	**R$ 476.054,84**
R$ 16.230,45	R$ 16.230,45	R$ 16.230,45	R$ 16.230,45	R$ 16.230,45	R$ 16.230,45	R$ 194.765,34
R$ 21.010,46	R$ 21.010,46	R$ 21.010,46	R$ 21.010,46	R$ 21.010,46	R$ 21.010,46	R$ 252.125,46
R$ 220,96	R$ 220,96	R$ 220,96	R$ 220,96	R$ 220,96	R$ 220,96	R$ 2.651,57
R$ 2.209,37	R$ 2.209,37	R$ 2.209,37	R$ 2.209,37	R$ 2.209,37	R$ 2.209,37	R$ 26.512,46
R$ 432.284,73	**R$ 432.284,73**	**R$ 432.284,73**	**R$ 432.284,73**	**R$ 432.284,73**	**R$ 432.284,73**	**R$ 5.187.416,71**
R$ 57.530,20	R$ 57.530,20	R$ 57.530,20	R$ 57.530,20	R$ 57.530,20	R$ 57.530,20	R$ 690.362,40

R$ 70.672,00	R$ 70.672,00	R$ 70.672,00	R$ 70.672,00	R$ 70.672,00	R$ 70.672,00	R$ 848.064,00
R$ 8.320,40	R$ 8.320,40	R$ 8.320,40	R$ 8.320,40	R$ 8.320,40	R$ 8.320,40	R$ 99.844,80
R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 60.000,00
R$ 56.000,00	R$ 56.000,00	R$ 56.000,00	R$ 56.000,00	R$ 56.000,00	R$ 56.000,00	R$ 672.000,00
R$ 234.762,13	R$ 234.762,13	R$ 234.762,13	R$ 234.762,13	R$ 234.762,13	R$ 234.762,13	R$ 2.817.145,51
R$ 9.400,00	**R$ 9.400,00**	**R$ 9.400,00**	**R$ 9.400,00**	**R$ 9.400,00**	**R$ 9.400,00**	**R$ 112.800,00**
R$ 3.400,00	R$ 3.400,00	R$ 3.400,00	R$ 3.400,00	R$ 3.400,00	R$ 3.400,00	R$ 40.800,00
R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 72.000,00
R$ 105.246,47	**R$ 105.246,47**	**R$ 105.246,47**	**R$ 105.246,47**	**R$ 105.246,47**	**R$ 105.246,47**	**R$ 1.262.957,69**
R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
R$ 65.600,00	R$ 65.600,00	R$ 65.600,00	R$ 65.600,00	R$ 65.600,00	R$ 65.600,00	R$ 787.200,00
R$ 12.600,00	R$ 12.600,00	R$ 12.600,00	R$ 12.600,00	R$ 12.600,00	R$ 12.600,00	R$ 151.200,00
R$ 18.395,42	R$ 18.395,42	R$ 18.395,42	R$ 18.395,42	R$ 18.395,42	R$ 18.395,42	R$ 220.745,04
R$ 7.151,05	R$ 7.151,05	R$ 7.151,05	R$ 7.151,05	R$ 7.151,05	R$ 7.151,05	R$ 85.812,65
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
R$ 304.088,20	**R$ 304.088,20**	**R$ 304.088,20**	**R$ 304.088,20**	**R$ 304.088,20**	**R$ 304.088,20**	**R$ 3.649.058,40**
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
R$ 304.088,20	R$ 304.088,20	R$ 304.088,20	R$ 304.088,20	R$ 304.088,20	R$ 304.088,20	R$ 3.649.058,40
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 66.649,16	**R$ 66.649,16**	**R$ 66.649,16**	**R$ 66.649,16**	**R$ 66.649,16**	**R$ 66.649,16**	**R$ 799.789,89**
R$ 1.815,82	R$ 1.815,82	R$ 1.815,82	R$ 1.815,82	R$ 1.815,82	R$ 1.815,82	R$ 21.789,89
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 48.833,33	R$ 48.833,33	R$ 48.833,33	R$ 48.833,33	R$ 48.833,33	R$ 48.833,33	R$ 586.000,00
R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 96.000,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 96.000,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 1.881.739,78	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 22.580.877,32**
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
R$ 1.881.739,78	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 22.580.877,32**
R$ 1.881.739,78	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 1.881.739,78**	**R$ 22.580.877,32**
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

O prazo de validade desta proposta é de 120 (cento e vinte) dias corridos, iniciando-se na data em que for recebida.

Cesário Lange, 23 de julho de 2025

Roberto Gonella Junior
Diretor Presidente

Página de assinaturas



Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

18 jul 2025 15:01:29 — **Karen Cardoso** criou este documento. (Email: fin.projetos@bhcl.org.br, CPF: 017.615.582-18)

18 jul 2025 15:12:57 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Saltinho - São Paulo - Brazil

18 jul 2025 15:12:57 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Saltinho - São Paulo - Brazil