





Associação Médica Brasileira
Colégio Brasileiro de Cirurgões



conferem o



Título de Especialista em Cirurgia Geral



no



Dr. Bruno Peron Coelho da Rocha

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e o Colégio Brasileiro de Cirurgões.

São Paulo, 11 de outubro de 2014



Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho
Presidente da AMB



Dr. Antônio Jorge Salomão
Secretário Geral da AMB



Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho
Presidente do CBC



Dr. Jéfio Casaróff
Secretário Geral do CBC

Registro
147067
Assinarão o Presidente e o Secretário Geral
em exercício na data do registro.

TABELÃO Nº 01/2025 - Comissão de Licitação de Serviços
Assinado por: **ANTONIO JORGE SALOMÃO**, em quais conferem
com os autos, depois lido em Cartório.
São Paulo, 06 de Maio de 2025.
Em Testemunha:
O Presidente de Mesa, **ANTONIO JORGE SALOMÃO**,
Assinado eletronicamente no sistema de assinatura digital.





CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

Pelo presente Contrato de prestação de serviços médicos, celebram "**SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**", pessoa Jurídica, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica **CNPJ: 17.795.008/0001-94**, situada e estabelecida na **Alameda Polônia, nº 666, Bairro: City Barretos**, CEP 14.784-039, na cidade de Barretos, Estado de São Paulo, neste ato representado pelo presidente, **PROF. Msc. Dr. JOSÉ GERALDO NEVES FILHO**, maior, brasileiro, casado, identificado pelo documento de Registro Geral **RG: 25.337.634-8 SSP/SP**, inscrito no Cadastro de Pessoa Física **CPF: 145.736.988-50**, doravante denominada **CONTRATANTE**, de outro lado, **Bruno Peron Coelho da Rocha**, brasileiro, casado, médico, Residente na Moyses Madlum, número 230, Pq. Residencial Dhama V, São José do Rio Preto - SP, CEP 15.061-779 devidamente inscrito no **CPF: 301.457.738-33**, e no **CRM-SP 125.227**, doravante denominado **CONTRATADO**, os quais livremente e de comum acordo firmam o presente contrato de prestação de serviços médicos que reger-se-á pelas seguintes cláusulas e condições, atendendo ao que dispõe a **LEI Nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990 (que dispõe o Sistema Único de Saúde), bem como a Resolução C.F.M. 1.931/09 (Código de Ética Médica):

DO OBJETO, NATUREZA DO CONTRATO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Constitui objeto do presente contrato a prestação de serviços médicos, compreendendo a atuação do contratado na coordenação de projetos voltados à Urgência e Emergência, bem como na supervisão técnica, acompanhamento e monitoramento contínuo das atividades assistenciais, assegurando que a execução da assistência médica ocorra em estrita conformidade com os protocolos clínicos e diretrizes internacionais aplicáveis ao atendimento de pacientes em caráter de urgência e emergência, abrangendo todos os projetos celebrados pela contratante a partir da data de início da vigência contratual.

DA VIGÊNCIA E RESCISÃO.

CLÁUSULA SEGUNDA: O presente instrumento contratual tem início a partir de **14/04/2025**, com vigência e prazo **INDETERMINADO**.

CLÁUSULA TERCEIRA: Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, imotivadamente, por iniciativa do **CONTRATANTE**, sem nenhum ônus, ou pelo **CONTRATADO** mediante comunicação por escrito e protocolado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou caso for intempestivo por parte do **CONTRATADO** terá multa de cinco (05) salários-mínimos com base no piso salarial Estado de São Paulo.

DA VEDAÇÃO DA EXCLUSIVIDADE E INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO.

CLÁUSULA QUARTA: É vedada a exclusividade na relação contratual, sendo as partes contratantes independentes para firmar outros instrumentos jurídicos com terceiros para a mesma finalidade.

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 15.670-000 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



CLÁUSULA QUINTA: Este instrumento contratual não implica vínculo empregatício de qualquer espécie visto que a prestação de serviços ora ajustada possui caráter autônomo e eventual.
DA DIVULGAÇÃO.

CLÁUSULA SEXTA: O CONTRATADO autoriza a divulgação de seu nome, especialidade(s), bem como dias e horários de atendimento aos beneficiários do Sistema Único de Saúde.

DO FORO.

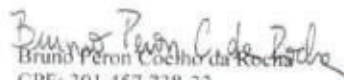
CLÁUSULA SETIMA: As partes elegem o foro da cidade de Barretos, Estado de São Paulo para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes deste contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Assim, justas e contratadas, celebram o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor e forma, inclusive anexos, na presença de testemunhas.

Presidente Alves, 14 de abril de 2025



José Geraldo Neves Filho
CPF: 145.736.988-50
Presidente – Solution Gestão Pública
Contratante



Bruno Peron Coelho da Rocha
CPF: 301.457.738-33
Médico
Contratado

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 15.870-000 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br

12. Titulação de Especialistas de Gestão em área da Saúde

Para atendimento ao item 12 – Titulação de Especialistas de Gestão em Área da Saúde, a Solution Gestão Pública apresenta titulação de especialista devidamente comprovada por meio de diploma e/ou declaração de conclusão de 3 (três) membros de sua direção e equipe técnica, conforme exigido no edital.

Os profissionais apresentados são:

- José Geraldo Neves Filho
- Lucas Campos Maia
- José Euderaldo Costa Gomes Filho

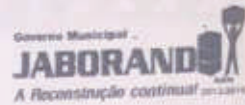
A documentação comprobatória apresentada evidencia que os referidos colaboradores possuem formação especializada na área de gestão em saúde, atendendo integralmente aos critérios estabelecidos para este item de avaliação, demonstrando qualificação técnica compatível com a complexidade do objeto e com as responsabilidades inerentes à gestão de serviços públicos de saúde.

Dessa forma, resta plenamente atendido o requisito editalício relativo à apresentação de titulação de especialista de 3 (três) membros da direção e/ou equipe técnica, fazendo jus a Solution Gestão Pública à pontuação máxima de 15 (quinze) pontos, conforme previsto no edital para este item.



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE JABORANDI-SP**

CNPJ: 52.382.702/0001-80
www.jaborandi.sp.gov.br
Rua Antonio Bruno nº 456 - Centro - CEP 14.775-000
Fone: (17) 3347-1434 / 3347-1483 - Fax: (17) 3347-1504



ATESTADO

Atestado na melhor forma e para os devidos fins e efeitos que o Sr. **José Geraldo Neves Filho**, Brasileiro, Casado, portador do RG nº 25.337.634-8, CPF nº 145.736.988-50 é funcionário da Prefeitura Municipal de Jaborandi, lotado no cargo de Enfermeiro, admitido em 01/04/2003 por ter sido aprovado no Concurso Público desta Municipalidade, e que o mesmo iniciou suas atividades a data de 01/04/2003, estando até a presente data exercendo suas funções como Enfermeiro, perfazendo um total de 4.003 (Quatro Mil e Três) dias de serviço, ou seja, 10 (Dez) anos, 11 (Onze) meses e 23 (Vinte e Três) dias.

Atestado ainda que no período de 01/04/2003 a 01/04/2013, ou 10 (Dez) anos, o servidor atuou como **Coordenador do Serviço Pré Hospitalar Móvel do Município**, e, de 02/04/2013 até a presente data como **Coordenador Municipal do SAMU 192 "Serviço de Atendimento Móvel de Urgência"**.

O referido é verdade e dou fé.

Jaborandi, 19 de Março de 2.014.

Elaine Alexandra Courin
Elaine Alexandra Courin
Auxiliar de Departamento Pessoal
Prefeitura Municipal de Jaborandi


Deus seja louvado!

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E ATRIBUIÇÃO DE NOTAS - JABORANDI - SP
Rua Francisco de Sales 320 - 13.100-000 - Jaborandi - SP

Registrado por semelhança a tipo de ELIEN ALONSO GUEDES
MUNICÍPIO de Jaborandi em conformidade com o valor registrado, e data de 19/03/2014
13.100-000 - Jaborandi - SP
19/03/2014

PROFESSORA ELIEN ALONSO GUEDES
Proprietária Autorizada

04700A0001170



Universidade de Marília


Diploma

O Reitor da Universidade de Marília — Unimar, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso **ENFERMAGEM** em 22 de Dezembro de 2001, confere o título de Enfermeiro a


JOSE GERALDO NEVES FILHO

nacionalidade Brasileira R.G. nº 25.337.634-8-SP nascido(a) a 22 de Maio de 19 76, natural de Estado de São Paulo outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

MARÍLIA, 17 de Maio de 2004

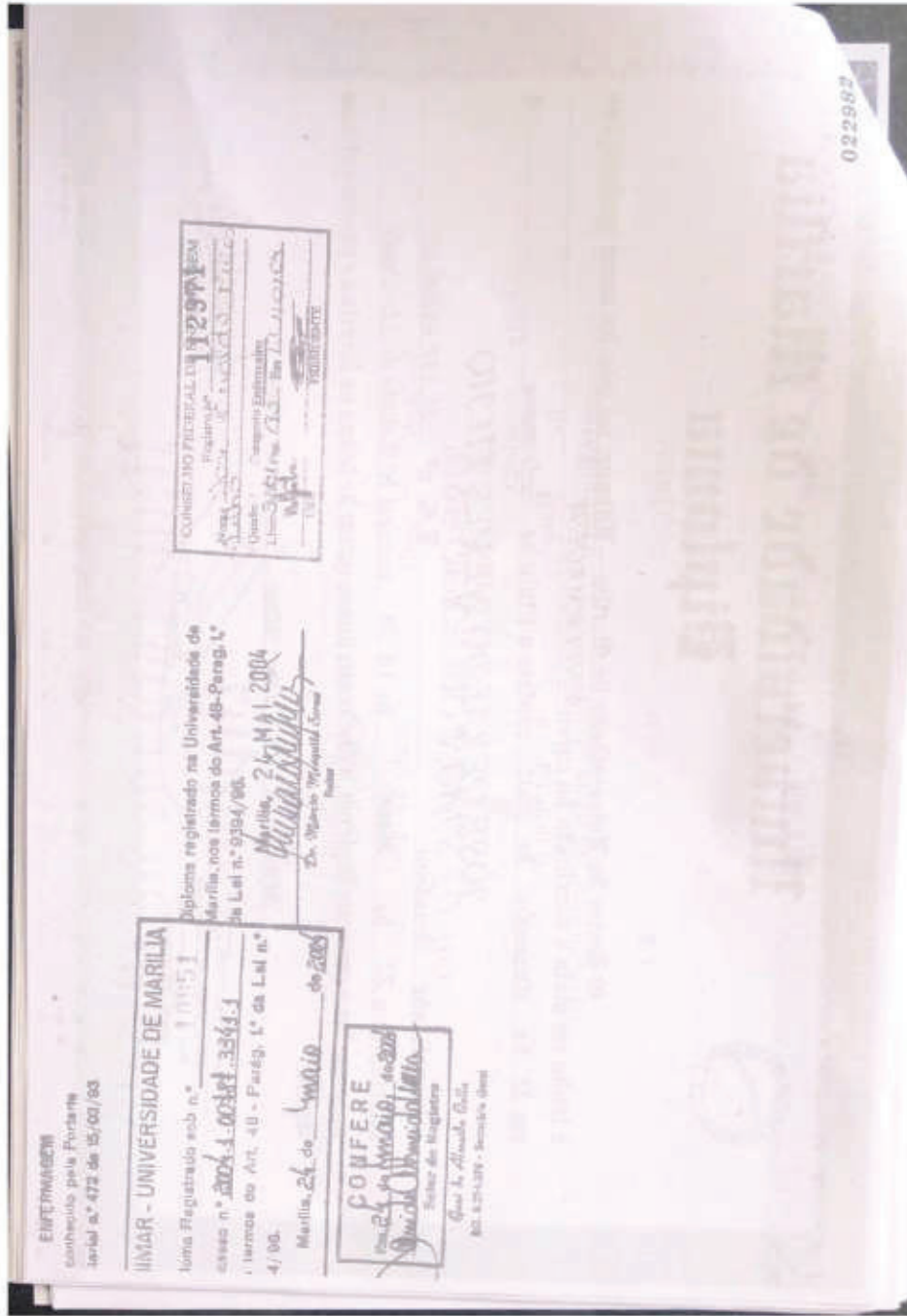


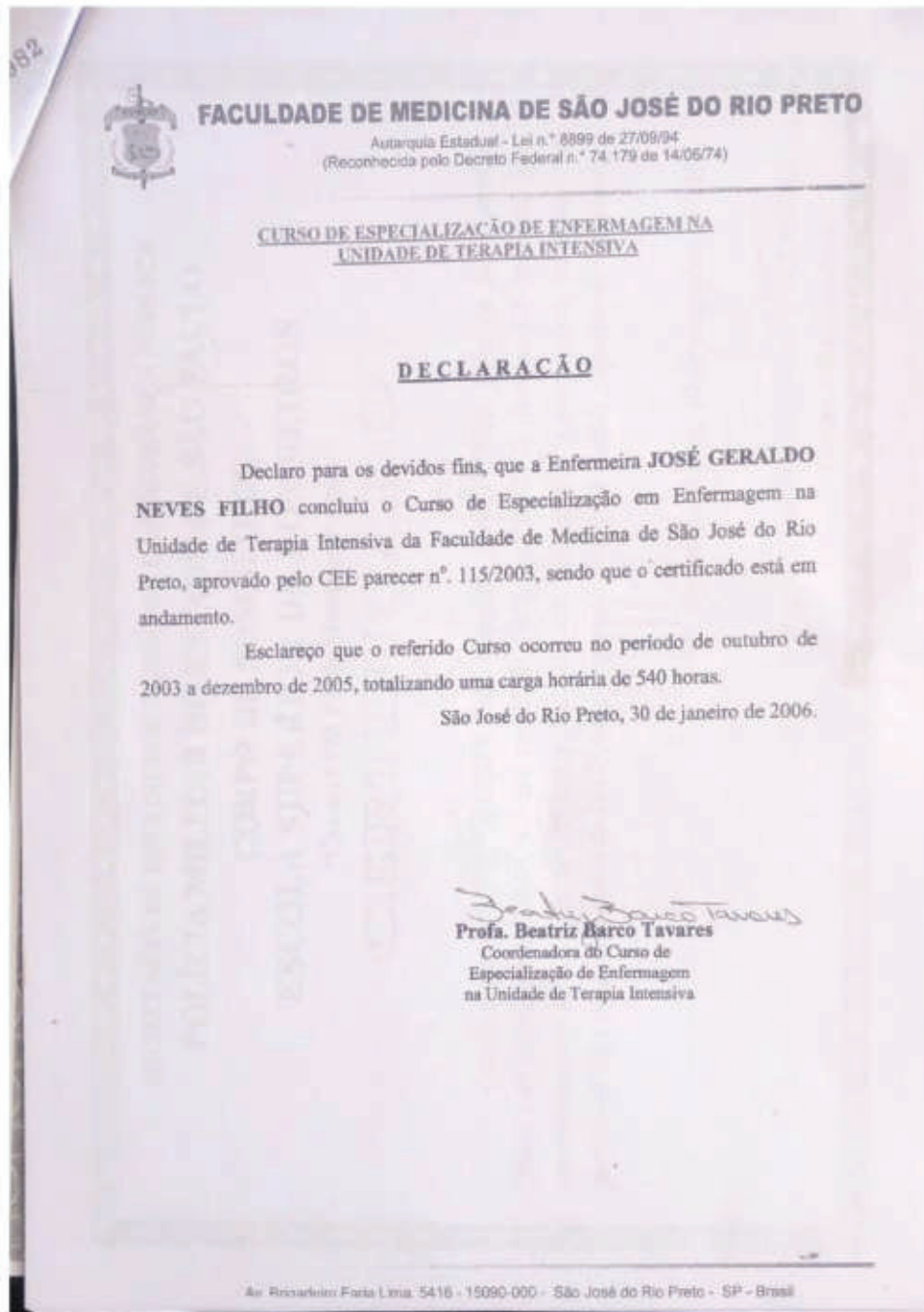
Prof. Dr. Carlos Escobar Basso
Cristor - RG. 1270210

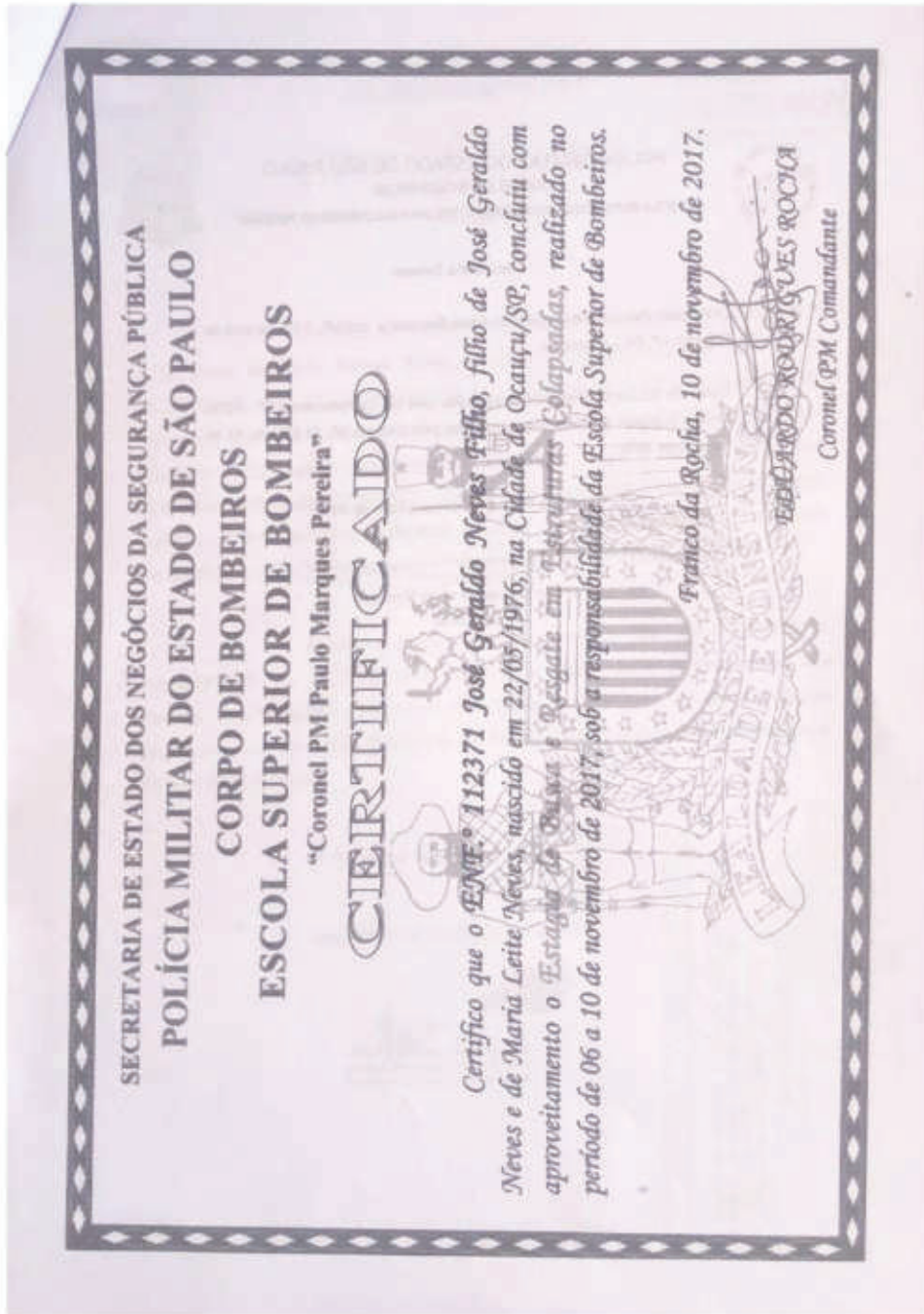


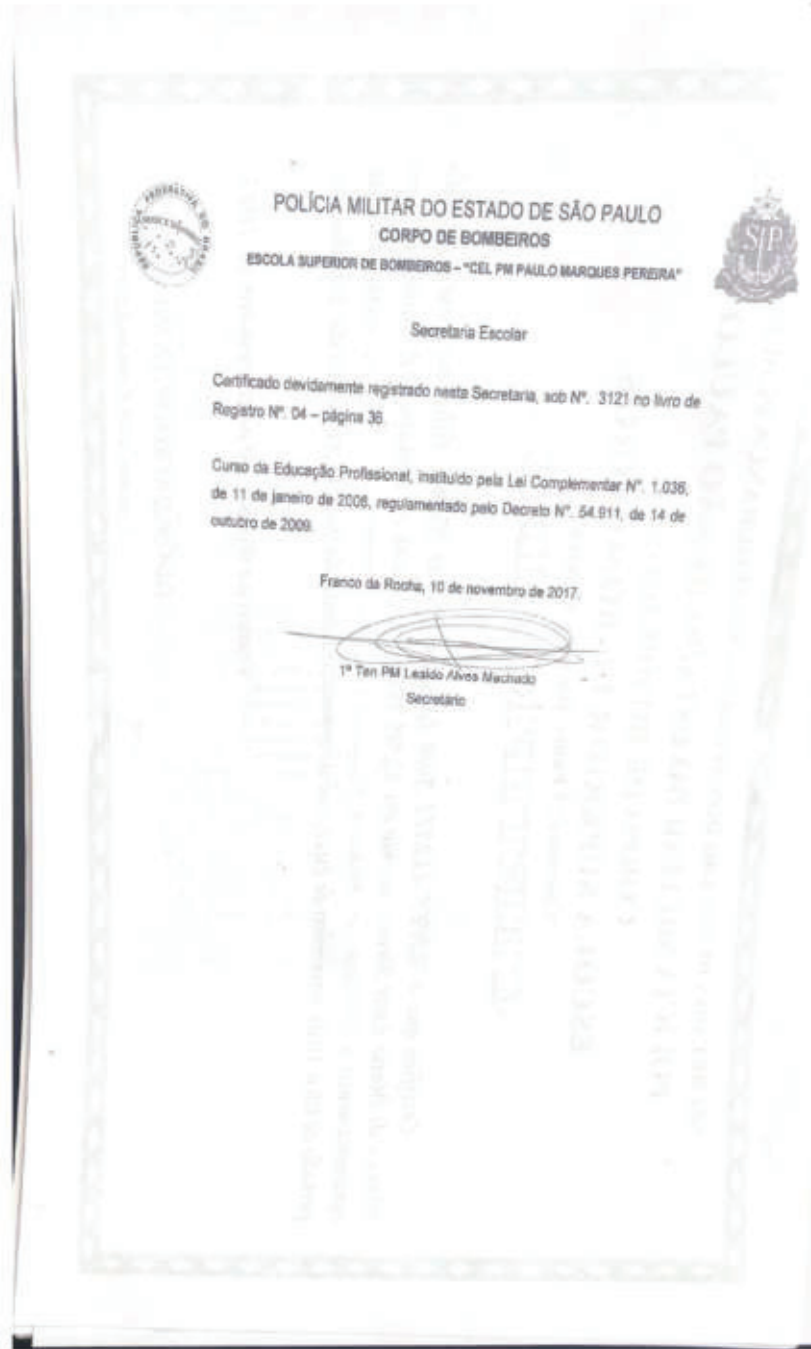
Dr. Maria Sulyany Gery
Rafael - RG. 27277323

Código de Controle: 20006/212





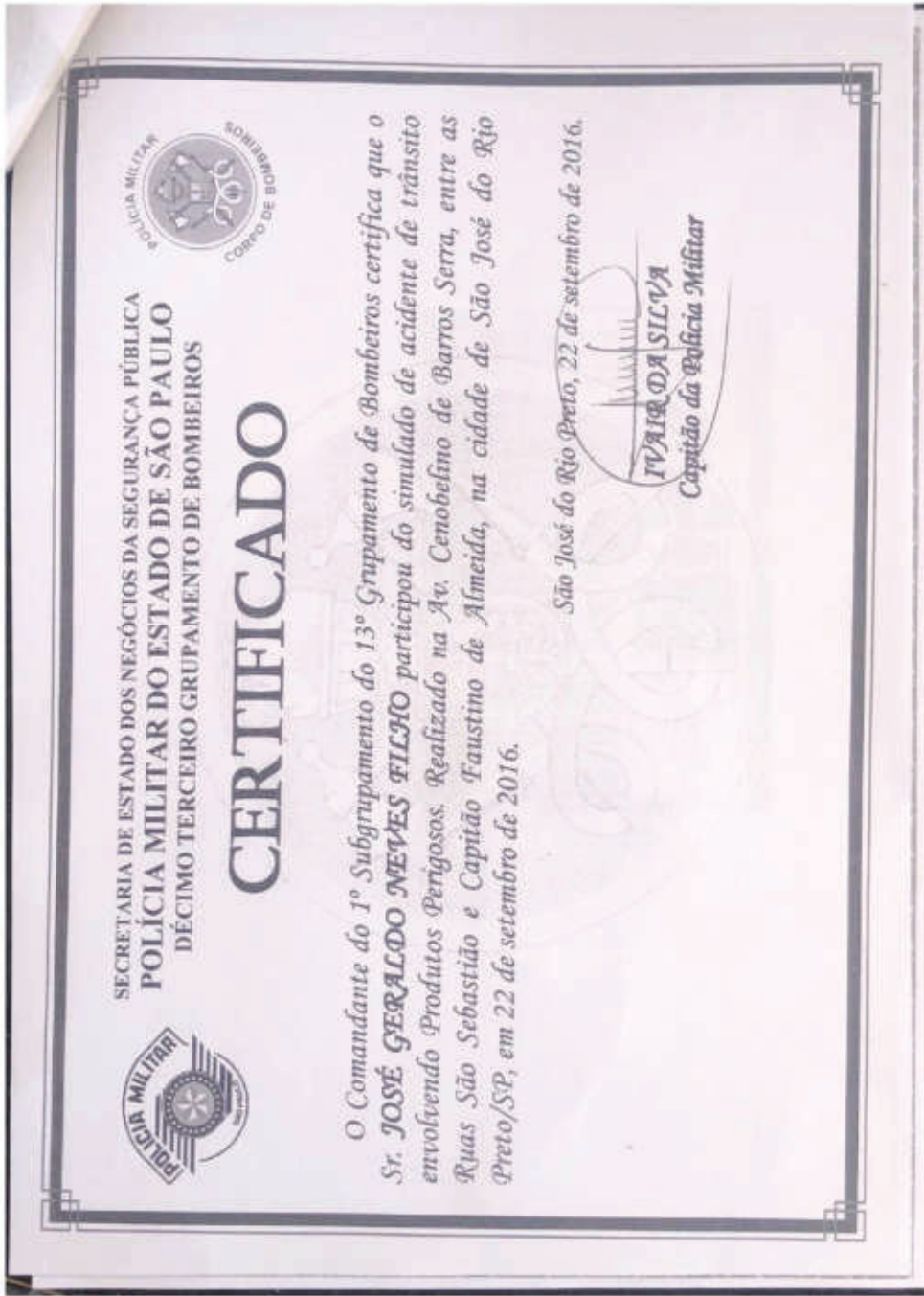















Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT
(Resolução COFEN nº 509 de 15 de março de 2016)

Validade : 29/08/2018 a 29/08/2019


O COREN-SP expedido o presente documento, designando como responsável pelas atividades na área da Enfermagem:

Nome do enfermeiro: DR(A) JOSÉ GERALDO NEVES FILHO COREN-SP nº 112371
Horário/Turno : DAS 08:00 ÀS 17:00, DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA Carga Horária : 40H/SEM
Nome da instituição ou empresa : ABBC - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BENEFICÊNCIA COMUNITÁRIA
Endereço : RUA SETE DE ABRIL 264 (C.J. 712) Bairro : REPUBLICA
CEP : 01044000 Cidade : SÃO PAULO Estado : SP
Unidade de Serviço : UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE BARRETOS
Endereço : VIA CONSELHEIRO ANTONIO PRADO 1355 Bairro : PEREIRA
CEP : 14784190 Cidade : BARRETOS Estado : SP
Anotação : 77273 Data : 29/08/2018 Livro : 190 Folha : 171

São Paulo, 29 de Agosto de 2018.


RENATA ANDRÉA PIETRO PEREIRA VIANA
COREN-SP Nº 82.037
Presidente do COREN-SP

Identificação Nº: 3006679189

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo  COREN-SP

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT
(Resolução COFEN nº 509 de 15 de março de 2016)


Validade : 05/04/2017 à 05/04/2018

O COREN-SP expediu o presente documento, designando como responsável pelas atividades na área da Enfermagem:

Nome do enfermeiro: DR(A) JOSE GERALDO NEVES FILHO COREN-SP nº 112371
Horário/Turno : SEG. A. SEX. DAS 08H AS 17H Carga Horária : 40H/SEM
Nome da Instituição ou empresa : ABBC - ASSOCIACAO BRASILEIRA DE BENEFICENCIA COMUNITARIA
Endereço : AVENIDA SALVADOR MARKOWICZ,135 SL 310 Bairro : L STA HELENA
CEP : 12916400 Cidade : BRAGANCA PAULISTA Estado : SP
Unidade de Serviço : UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE BARRETOS
Endereço : VIA CONSELHEIRO ANTONIO PRADO 1355 Bairro : PEREIRA
CEP : 14784190 Cidade : BARRETOS Estado : SP
Anúnciação : 63910 Data : 05/04/2017 Livro : 157 Folha : 89

Identificação Nº: 30085/65444

São Paulo, 05 de Abril de 2017.


FABIOLA DE CAMARGO BRAGA MATTOZINHO
COREN-SP Nº 63338
Presidente do COREN-SP



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

CERTIDÃO DE CADASTRO
Impresso em: 22/01/2026 às 20:08

A Gerência de Atendimento, Registro e Cadastro do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, atendendo ao pedido do(a) interessado(a),

CERTIFICA, para os fins de direito, que **JOSE GERALDO NEVES FILHO**, inscrito(a) no CPF sob nº 145.736.988-50, é inscrito na categoria de **ENFERMEIRO** com inscrição definitiva principal **ATIVA**, registrada sob o nº 112371, desde 08/12/2004, nos quadros do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, estando apto(a) ao exercício da profissão nos termos do art. 2º da Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Possui carteira de identificação profissional com validade até 13/11/2028 registrada sob tipográfico V4099115-2.

Este documento foi expedido com base nos dados disponíveis até 22/01/2026 20:08 e é válido até 21/07/2026.

São Paulo, 22 de janeiro de 2026

Este documento possui mecanismos para validação de autenticidade. Para confirmar a veracidade dessas informações, acesse: <https://autenticidade-documentos-rf-re.coren-sp.gov.br> e utilize o código de acesso: 11EA01407938 e a data do documento: 22/01/2026
Código de segurança: 3631343433623337326334313633643761666437343836306538343462663332

Universidade de Marília Diploma



O Reitor da Universidade de Marília – Animar, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso *ENFERMAGEM*

em 22 de Dezembro de 2001, confere o título de Enfermeiro a

JOSE GERALDO NEVES FILHO

nacionalidade Brasileira R.G. nº 25.337.634-8-SP

nascido(a) a 22 de Maio de 1976, natural do Estado de São Paulo

outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

MARÍLIA, 17 de Maio de 2004

Dr. Marcelo Machado Silva
Reitor - RG. 2.727.794-7

Prof. Dr. Carlos Eduardo Bueno
Diplomado

Faculdade de Medicina e Enfermagem
Prof. Dr. Carlos Eduardo Bueno
Diretor - RG. 12.710.312

022982

ERMAGEM
ido pela Portaria
n.º 472 de 15/03/93.

UNIVERSIDADE DE MARILIA
registrado sob n.º **010951**
n.º **2004.1.00187.3344.1**
do Art. 48 - Parág. 1.º da Lei n.º
marília, 24 de maio de 2004

Diploma registrado na Universidade de
Marília, nos termos do Art. 48-Parag. 1.º
da Lei n.º 9394/96.
Marília, 24 MAI 2004
[Signature]
Reitor
Dr. Marcelo Magalhães Serna

CONFERE
24 de maio de 2004
[Signature]
Setor de Registro
Anel de Almeida Galla
RG. 9.254.378 - Secretária Geral

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMEIROS
Registro Nº **112971**
Nome **DR. MARCELO MAGALHÃES SERNA**
Quadro 1 Categoria Enfermeiro
Livro **3233** Em **24/05/2004**
[Signature]
Lugar **Presidente**





unopar

Universidade Pitágoras Unopar Anhanguera

Recredenciada pela Portaria Ministerial nº 959 de 14 de Setembro de 2018 - Publicada no D.O.U. nº 179 de 17 de Setembro de 2018.

Recredenciada pela Portaria Ministerial nº 654 de 22/03/2019 D.O.U. nº 57 de 25/03/2019.



Certificado

O(a) Reitor(a) da Universidade Pitágoras Unopar Anhanguera, no uso de suas atribuições legais, certifica que

José Geraldo Neves Filho

Brasileiro(a), natural de Ocauçu - SP nascido(a) em 22/05/1976, portador do RG: 253376348 SSP-RS CPF: 14573698850 concluiu o curso de MBA em Administração Hospitalar - área de conhecimento: Negócios, administração e direito, de Pós-Graduação Lato Sensu, com duração de 360 horas, de acordo com a Resolução Nº 1 de 06 de abril de 2018 do CNE/CES - D.O.U. de 06 de abril de 2018.

Londrina-PR, 02 de fevereiro de 2022



Isadora Ferreira Costa Faria
Diretora Processos Regulatórios

Histórico escolar: José Geraldo Neves Filho
 Período de realização: 07/04/2021 a 01/02/2022, Carga horária: 360 horas.

2398933

Disciplinas	Corpo Docente	Titulação	Carga Horária		Frequência	Conceito	Resultado
			Teórica	Prática			
Leitura	Regis Garcia	Doutor(a)	0	40	100	10,0	Aprovado
Negociação e marketing empresarial	Emerson Costa Gomes	Especialista	0	40	100	10,0	Aprovado
Estratégias inovativas	Regis Garcia	Doutor(a)	0	40	100	10,0	Aprovado
Atividade hospitalar	Thais Zedine	Mestr(a)	0	40	100	10,0	Aprovado
Gestão da qualidade e acreditação hospitalar	Aza Paula Keller de Mattos	Mestr(a)	0	40	100	10,0	Aprovado
Fundamentos de administração geral e hospitalar	Luiz Antonio Gentile Junior	Especialista	0	40	100	10,0	Aprovado
Gestão da cadeia de suprimentos e estoques de saúde	Alaine Teófilo Rodrigues	Doutor(a)	0	40	100	10,0	Aprovado
Aspectos legais e normatizações em saúde	Alaine Teófilo Rodrigues	Doutor(a)	0	40	100	10,0	Aprovado
Gestão de informações em serviços hospitalares	Fernanda Maria de Moura	Mestr(a)	0	40	100	10,0	Aprovado



Certificado registrado sob o nº 69302 Livro 1, nos termos da Resolução Nº 1 de 06 de abril de 2018 do CNE/CES - D.O.U. de 06 de abril de 2018, e de acordo com as Normas Internas da Instituição sobre a matéria. Londrina-PR, 02 de fevereiro de 2022.

Assinado digitalmente por:
 Isadora Ferreira Costa Faria
 Rosinalva Alves Gonçalves
 Data: 02/02/2022 19:13:32 (Horário de Brasília)

871065-1

20/10



Universidade Paulista



© Reitor da Universidade Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau no Curso de Enfermagem, em 27 de julho de 2010, confere o título de

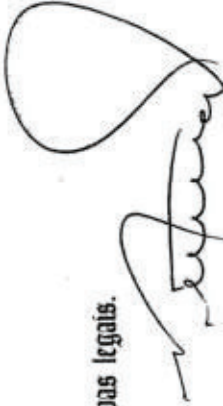
Enfermeiro a

Lucas Campos Maia

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 27 de setembro de 1988, R.G. nº 41.590.9033-3-SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais. São Paulo, 27 de julho de 2010


Reitor


Secretário Geral

Diplomado

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Secretaria Geral
Departamento de Registros de Diplomas

Diploma registrado sob n.º *195.493*
 Processo n.º *2011.1.188.348*
 nos termos do Artigo 48 § 1º da Lei 9394/96,
 São Paulo, *03* de *setembro* de *2011*

De acordo
Alfonso Celso Fraga S. Amaral
 Prof. Alfonso C. Fraga S. Amaral
 Secretário Geral
 RG: 1.471.274-SP

012736

Reitor: Dr. João Carlos Di Genio
 Vice-Reitor de Graduação: Dr. Yugo Okida
 Secretário Geral: Prof. Alfonso Celso Fraga Sampaio Amaral
 Secretário Geral Adjunto: Prof. Edison Fernandes

Universidade Paulista

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 550
 D.O.U de 09-11-1988

Curso de Enfermagem

Reconhecido pela Portaria 2.445, publicada no D.O.U. em 16 de novembro de 2001.
 Reconhecimento renovado nos termos da Portaria Ministerial 2.413, publicada no D.O.U.
 em 08 de julho de 2005.

São Paulo, 27 de julho de 2010
Alfonso Celso Fraga S. Amaral
 Secretário Geral



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

CERTIDÃO DE CADASTRO
Impresso em: 22/01/2026 às 19:11

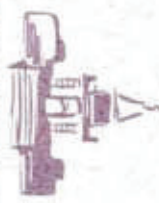
A Gerência de Atendimento, Registro e Cadastro do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, atendendo ao pedido do(a) interessado(a),

CERTIFICA, para os fins de direito, que **LUCAS CAMPOS MAIA**, inscrito(a) no CPF sob nº 369.043.918-39, é inscrito na categoria de **ENFERMEIRO** com inscrição definitiva principal **ATIVA**, registrada sob o nº 272042, desde 23/02/2012, nos quadros do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, estando apto(a) ao exercício da profissão nos termos do art. 2º da Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Possui carteira de identificação profissional com validade até 10/05/2024 registrada sob tipográfico V1716817-8.

Este documento foi expedido com base nos dados disponíveis até 22/01/2026 19:11 e é válido até 21/07/2026.


São Paulo, 22 de janeiro de 2026


Esse documento possui mecanismos para validação de autenticidade. Para confirmar a veracidade dessas informações, acesse: <https://autenticidade-documentos-rf-re.coren-sp.gov.br> e utilize o código de acesso: 11E9F744C707 e a data do documento: 22/01/2026
Código de segurança: 37383839993064336539616230668303366393136366282663730633730363630


UNIVERSIDADE
CÂNDIDO
MENDES
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
E PESQUISA

CERTIFICADO

A Pró-Reitoria da Universidade Cândido Mendes, no uso de suas atribuições, confere o presente certificado de Pós-Graduação *Lato Sensu* a **LUCAS CAMPOS MAIA**, nascido(a) em 27/09/1988, que concluiu o curso de Especialização intitulado **URGÊNCIA EMERGÊNCIA E TERAPIA INTENSIVA**, com carga horária de **360 horas**, realizado no período de 25 de agosto de 2014 a 22 de julho de 2016, estando autorizado(a) a gozar de todos e direitos e prerrogativas legais, na forma da Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007. Rio de Janeiro, 23 de julho de 2016.


Maria Isabel Mendes de Almeida
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa


Eduardo de Almeida Pinto
Coordenador Executivo

REGISTRO
Regimen extra v. 317
Livro nº 23 Folha nº 353

16/03/22

Sandra S.
- Serviço Social de Hospital
- Examinadora Acadêmica
Responsável

HISTÓRICO ESCOLAR E DESENVOLVIMENTO:

Nome: Lucas Campos Maia	Nacionalidade: Brasileira	Matrícula: Boreto	UF: SP
Filiação: Raquel de Oliveira Campos e Luiz Carlos Pires Maia	Data de Nascimento: 27/09/1988		
Documento de Identidade: 41.990.900-X	Órgão Emissor: SSP/SP		
Graduação: Enfermagem			

NO 3620
Assinatura
DATA 12/03/22
[Assinatura]

DISCIPLINA	CH	FREQUÊNCIA	NOTA
ABORDAGENS TRAUMÁTICAS E NÃO TRAUMÁTICAS NEUROLÓGICAS	20H	100%	9,8
ABORDAGENS TORÁX, CARDIORULMIONAI E NEUROLÓGICA	20H	100%	10,0
MONITORIZAÇÃO FISIOLÓGICA INVASIVA NÃO INVASIVA APLICADA AO ENFERMEIRO	20H	100%	9,5
SALA EMERGENCIAS, ABORDAGEM INTENSIVA	20H	100%	9,6
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO COM COMPROMETIMENTO RESPIRATÓRIO	20H	100%	10,0
EMERGENCIAS CAREÇA, PESCUÇO E INQUILINAR	20H	100%	10,0
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM TRAUMAS E CRISES EXTERNAS	20H	100%	10,0
CUIDADOS COM A INTEGRIDADE OUTRÁGICA E TRATAMENTO DE LESÕES EM PACIENTES CRÍTICOS	20H	100%	9,8
SABE, METODOLOGIA E BOMBAÇÃO DO TRAUMA	20H	100%	9,2
APRESENTAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (PREVENÇÃO)	20H	100%	9,5
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO COM CAMPIONAR CRÍTICO GASTROINTESTINAL	20H	100%	9,6
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO COM COMPLICAÇÃO RENAL E EM RECALIBRE	20H	100%	9,7
FUNDAMENTOS BÁSICOS EM CUIDADOS INTENSIVOS	20H	100%	9,8
C.C.O. SIMULAÇÃO E AVALIAÇÃO	20H	100%	10,0
ATENDIMENTO HÍE HOSPITALAR, CDM E TRANSPORTE	20H	100%	10,0
REPOSIÇÃO DE ENFERMEIRO E INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA	20H	100%	9,6
PRÁTICA CARIÓTIPO	20H	100%	9,8
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM FASE FINAL DE VIDA	20H	100%	10,0
	20H	100%	10,0



ANS - Nº 30199-1

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Declaramos para os devidos fins a que se destina, que o (a) Sr. (a) **LUCAS CAMPOS MAIA**, brasileiro (a), portador (a) da Carteira de Trabalho nº **0045130/00279/SP**, prestou serviços a esta empresa de **09/01/2017 A 09/03/2020**, exerceu a função de **Enfermeiro Auditor** não havendo nada que o (a) desabone.

Ribeirão Preto, 09 de março de 2020.



São Francisco Sistemas de Saúde S/E Ltda.

SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA AV. PORTUGAL, Nº 545 - JARDIM SÃO LUIZ
RIBEIRÃO PRETO - SP, CEP 14020-115 FONE/FAX: (16) 2138 - 4100 | WWW.SAOFRANCISCO.COM.BR



Certificado



CONTOCAMENTO: PORTARIA RESOLUÇÃO N. 1.177, DE 01 DE NOVEMBRO DE 2008, PUBLICADO NO DOU, 03 DE NOVEMBRO DE 2008.
CATEGORIA: ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM UNIDADE DE CUIDADO EM INTENSIVIDADE CRÍTICA (EUCIC) - 1200 HORAS
MICROCURSOS: PORTARIA RESOLUÇÃO N. 1.177, DE 01 DE NOVEMBRO DE 2008, PUBLICADO NO DOU, 03 DE NOVEMBRO DE 2008.

A FACULDADE FUTURA, MANTIDA PELO INSTITUTO DE CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E TECNOLOGIA DE VOTUPORANGA, CONFERE O PRESENTE CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

ENFERMAGEM EM UNIDADE DE CARDIOLÓGICA E HEMODINÂMICA

ÁREA DE CONHECIMENTO: SAÚDE E BEM-ESTAR

LUCAS CAMPOS MAIA

NACIONALIDADE BRASILEIRA, NATURAL DE BARRETOS, ESTADO DE SÃO PAULO, NASCIDO EM 27 DE SETEMBRO DE 1998

VOTUPORANGA, SP, 29 DE DEZEMBRO DE 2017


LUCAS CAMPOS MAIA

ALUNO


LEANDRO XAVIER TIMÓTEO
DIRETOR GERAL



2ª VIA

**CERTIFICADO
DE CONCLUSÃO DE CURSO**

*Certificamos, para os devidos fins, que **LUCAS CAMPOS MAIA**, matrícula **871065-J**, identidade RG nº **41590903 X SP**, nascido (a) no dia **27/09/1988**, na cidade de **BARRETOS SP**, concluiu nesta Universidade, o curso de **ENFERMAGEM**, reconhecido pela Portaria MEC nº **2445/01**. A colação de grau do (a) referido (a) graduado (a) ocorreu no dia **27/07/2010**.*

Universidade Paulista, em S J do Rio Preto - SP, aos 27 dias do mês de julho de 2010.

Maria do Carmo de O. Miguel
Secretaria Gestora
UNIP - São José do Rio Preto





CERTIFICADO



O Diretor da Faculdade Iguaçu, no uso de suas atribuições, confere o título de Especialista a

LUCAS CAMPOS MAIA

Nacionalidade brasileira, natural do estado de **Barretos-SP**, portador (a) do CPF n.º **369.043.918-39**, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em **ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**, integralizado no período de 22 de Novembro de 2024 a 25 de Novembro de 2025, em conformidade com as disposições previstas na Resolução CNE/ CES nº 1, de 06/04/2018, outorgando-lhe o presente **CERTIFICADO**, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Capanema - PR, 25 de Novembro de 2025.



Diretor Geral
Jobson Arruda



Secretário
Randermei Marinho de Almeida Oliveira

Aluno(a)

HISTÓRICO ESCOLAR DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM: ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR ÁREA DE CONHECIMENTO DO CURSO: NEGÓCIOS, ADMINISTRAÇÃO E DIREITO CARGA HORÁRIA TOTAL: 720 HORAS/AULA						
Disciplina	Carga Horária	Módulo	Situação	Docente	Título do Trabalho	Titulação
Administração de Materiais e Equipamentos Hospitalares	80	80	Aprovado	Dorivaldo de Souza		Mestrado
Contabilidade, Custos e Orçamentos	80	100	Aprovado	Elaine Christine Pessoa Delgado		Especialização
Epidemiologia e Controle de Infecções	80	80	Aprovado	João Augusto Junior		Mestrado
Farmacologia de Gestão da Qualidade Total	80	50	Aprovado	Flávio Marcelo Correa		Doutorado
Gestão de Pessoas e Clima Organizacional	80	80	Aprovado	Elaine Christine Pessoa Delgado		Especialização
Gestão de Recursos Humanos e Segurança do Paciente	80	80	Aprovado	Marcos Roberto da Silva		Especialização
Marketing em Saúde	80	80	Aprovado	João Gasparino da Silva Filho		Especialização
Metodologia Científica	80	80	Aprovado	Dorivaldo de Souza		Mestrado
Sistema de Saúde e Saúde Suplementar	80	100	Aprovado	Ilza Aparecida Florini		Mestrado

FACULDADE IGUAÇU
 Credenciada pela Portaria MEC nº 1.640, de 19 de SETEMBRO de 2019.
 Certificado emitido e registrado de acordo com a Resolução CNE/CES N° 1, de 6 de abril de 2018.
 Registro nº 51593
 Livro nº LIVRO 4 - 2025 Folha n.º 114
 Capanema - PR, 25 de Novembro de 2025.



Secretário Acadêmico



*Aluno (a) dispensado (a) do Trabalho de Conclusão de Curso de acordo com a Resolução nº 1, de 6 de abril de 2018, emitida pelo Conselho Nacional de Educação (CNE/CE)
 Declaração: A IES declara que o Curso Especialização cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES N° 1, de 6 de abril de 2018.



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS**

Pelo presente Contrato de prestação de serviços médicos, celebram "**SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**", pessoa Jurídica, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica **CNPJ: 17.795.008/0001-94**, situada e estabelecida na End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP CEP: 16.670-000, neste ato representado pelo presidente, **PROF. Msc. Dr. JOSÉ GERALDO NEVES FILHO**, maior, brasileiro, casado, identificado pelo documento de Registro Geral **RG: 25.337.634-8 SSP/SP**, inscrito no Cadastro de Pessoa Física **CPF: 145.736.988-50**, doravante denominada **CONTRATANTE**, de outro lado, **José Euderaldo Costa Gomes Filho**, data de nascimento: 10/05/1995 brasileiro, Enfermeiro, Gestor Hospitalar, Residente na Manoel Ache, número 980, Jd. Irajá, Ribeirão Preto - SP, CEP 14.021-684 devidamente inscrito no **CPF: 103.286.084-75**, doravante denominado **CONTRATADO**, os quais livremente e de comum acordo firmam o presente contrato de prestação de serviços em Gestão de Hospitalar que reger-se-á pela seguinte cláusula e condições, atendendo ao que dispõe a LEI Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (que dispõe o Sistema Único de Saúde).

DO OBJETO, NATUREZA DO CONTRATO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Constitui objeto do presente contrato a prestação de serviços em Gestão de unidade de Saúde, compreendendo a atuação do contratado na coordenação de projetos voltados à Urgência e Emergência, bem como na supervisão técnica, acompanhamento e monitoramento contínuo das atividades administrativas e assistenciais, abrangendo todos os projetos celebrados pela contratante a partir da data de início da vigência contratual.

DA VIGÊNCIA E RESCISÃO.

CLÁUSULA SEGUNDA: O presente instrumento contratual tem início a partir de **26/06/2025**, com vigência e prazo **INDETERMINADO**.

CLÁUSULA TERCEIRA: Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, imotivadamente, por iniciativa do **CONTRATANTE**, sem nenhum ônus, ou pelo **CONTRATADO** mediante comunicação por escrito e protocolado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou caso for intempestivo por parte do **CONTRATADO** terá multa de cinco (05) salários-mínimos com base no piso salarial Estado de São Paulo.

DA VEDAÇÃO DA EXCLUSIVIDADE E INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO.

CLÁUSULA QUARTA: É vedada a exclusividade na relação contratual, sendo as partes contratantes independentes para firmar outros instrumentos jurídicos com terceiros para a mesma finalidade.

CLÁUSULA QUINTA: Este instrumento contratual não implica vínculo empregatício de qualquer espécie visto que a prestação de serviços ora ajustada possui caráter autônomo e eventual.

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-000 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



DA DIVULGAÇÃO.


CLÁUSULA SEXTA: O CONTRATADO autoriza a divulgação de seu nome, especialidade(s), bem como dias e horários de atendimento aos beneficiários do Sistema Único de Saúde.

DO FORO.

CLÁUSULA SETIMA: As partes elegem o foro da cidade de Barretos, Estado de São Paulo para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes deste contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Assim, justas e contratadas, celebram o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor e forma, inclusive anexos, na presença de testemunhas.

Presidente Alves, 26 de junho de 2025



José Geraldo Neves Filho
CPF: 143.736.988-50
Presidente – Solution Gestão Publica
Contratante



José Euderaldo Costa Gomes Filho
CPF: 103.286.084-75
Gestor de Unidade de Saúde
Contratado

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-000 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br

UniAmérica
Centro Universitário

+ **descomplica**


CERTIFICADO

O Pro-Reitor Acadêmico do Centro Universitário União das Américas Descomplica, no uso de suas atribuições legais, certifica que:

José Euderaldo Costa Gomes Filho

portador(a) do R.G - 3389109-5/AL, concluiu o curso de Pós-graduação Lato Sensu em Epidemiologia, nível Especialização, realizado no período de 02/01/2021 a 05/01/2022, com carga horária de 390 horas, tendo sido atendidas as demais exigências da Resolução nº 01 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

Foz do Iguaçu - PR, 4 de maio de 2022


Gilberto Zerbiani Junior
Pro-Reitor Acadêmico

HISTÓRICO ESCOLAR
 Pós-graduação 1 ano Semiu em Epidemiologia
 José Eudervaldo Costa Gomes Filho

Disciplinas	CH	%F	AP	Docente	Titulação
Gratidão do Tempo	30	100	10,0	Márcio Alves de Faria Filho	Mestre
Projeto de Vida	30	100	10,0	Luiz Alberto Neves Filho	Mestre
Coaching e Planejamento de Carreira	30	100	10,0	Gilberto de Araújo Guimarães	Professor
Storytelling	30	100	10,0	Márgus do Nascimento de Paula	Mestre
Humanização da Saúde	30	100	10,0	Graciele Souza Guimarães	Mestre
Supere Herói de Vida	30	100	10,0	Wagner Luiz Rêgo Berti	Mestre
Ciência e Biética	30	100	10,0	Larissa Teodoro Balle	Mestre
Bioestatística, Análises e Estatística	30	100	10,0	Halique Lemeira Passunha	Mestriz
Perfil Demográfico e Epidemiológico do Brasil	30	100	10,0	Leites Henrique Costa	Mestre
Sistemas de Vigilância	30	100	10,0	Graciele Souza Guimarães	Mestra
Vigilância Epidemiológica das Doenças	30	100	10,0	Arthur Igor Cruz Lima	Especialista
Dinâmica Emergentes e Reemergentes	30	100	10,0	Márcio Ricardo Aguiar de Almeida	Mestre
Bioestatística e Gestão de Dados	30	100	10,0	Renan Henrique de Oliveira	Doutor

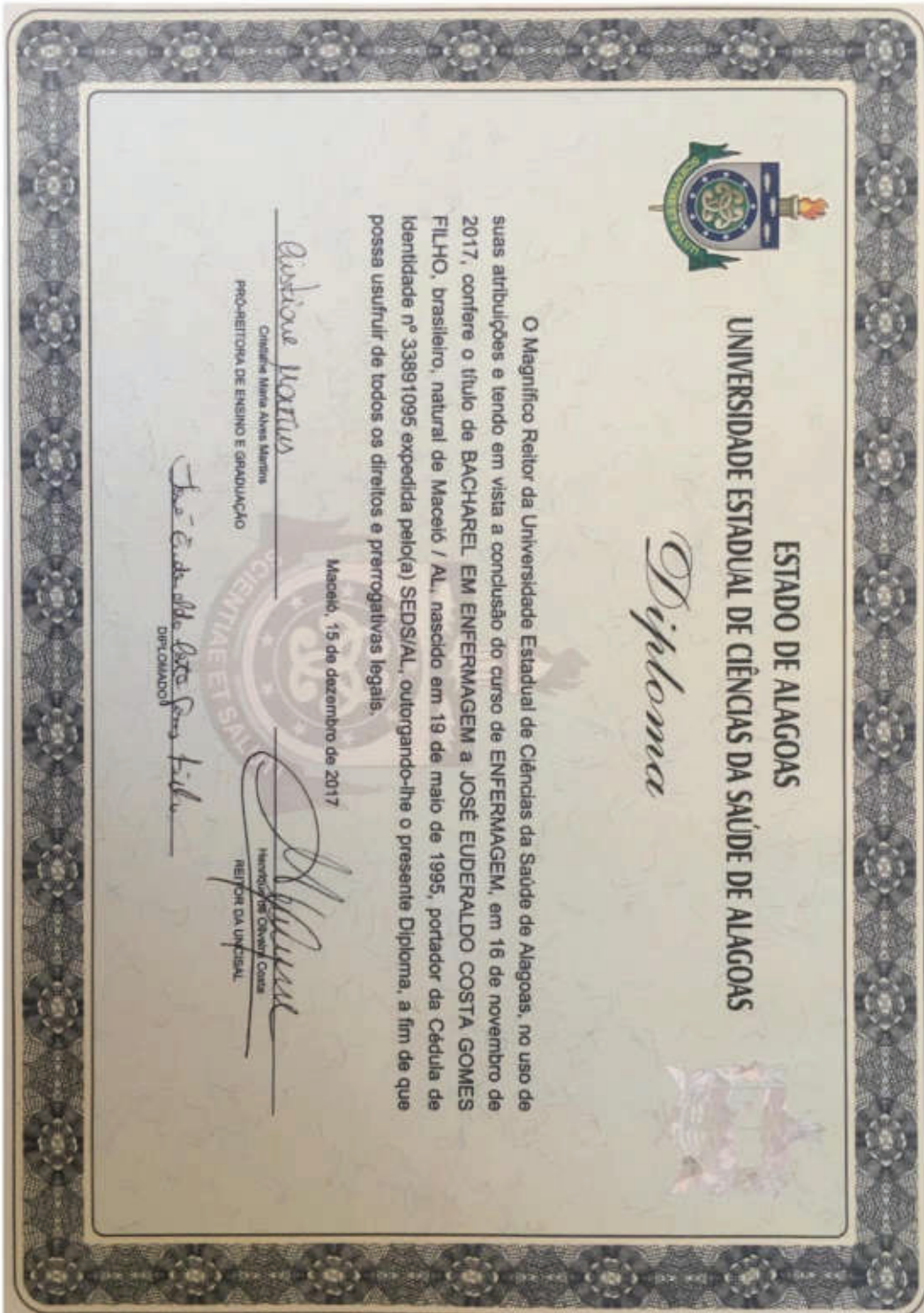
Legenda: CH: Carga Horária / %F: Percentagem de Frequência / AP: Aproveitamento

Observações

O curso de Pós-graduação Lato Sensu em Epidemiologia realizado no período de 02/01/2021 a 05/01/2022 com frequência mínima de 75%. Aproveitamento mínimo em cada disciplina: 7,0. Carga horária total de 350 horas. O Centro Universitário União das Américas Descomplica e credenciado pela Portaria MEC nº682, de 15/07/2018, publicada no D.O.U.136, de 17/07/2018, e possui credenciamento EAD pela Portaria MEC nº 759, de 22/06/2017. Publicada no D.O.U nº139, de 23/06/2017. O curso foi ofertado nos termos da Resolução CNR/CES nº 01 de 08 de abril de 2018

Registro Eletrônico Institucional
 Registro nº: 5539

Franzeli Cristina Martins
 Coordenadora de Registro de Diplomas



Curso de Graduação em Enfermagem

Reconhecimento através da Portaria Nº 077/2012

SEE, publicada no D.O.E./AL de 31/01/2012,

de conformidade com o Parecer Nº 150/2010

e Resolução Nº 059/2011 do CEE/AL.

Isai Soares da Hora
Serviço de Emissão e Registro de Diplomas

Governo do Estado de Alagoas
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

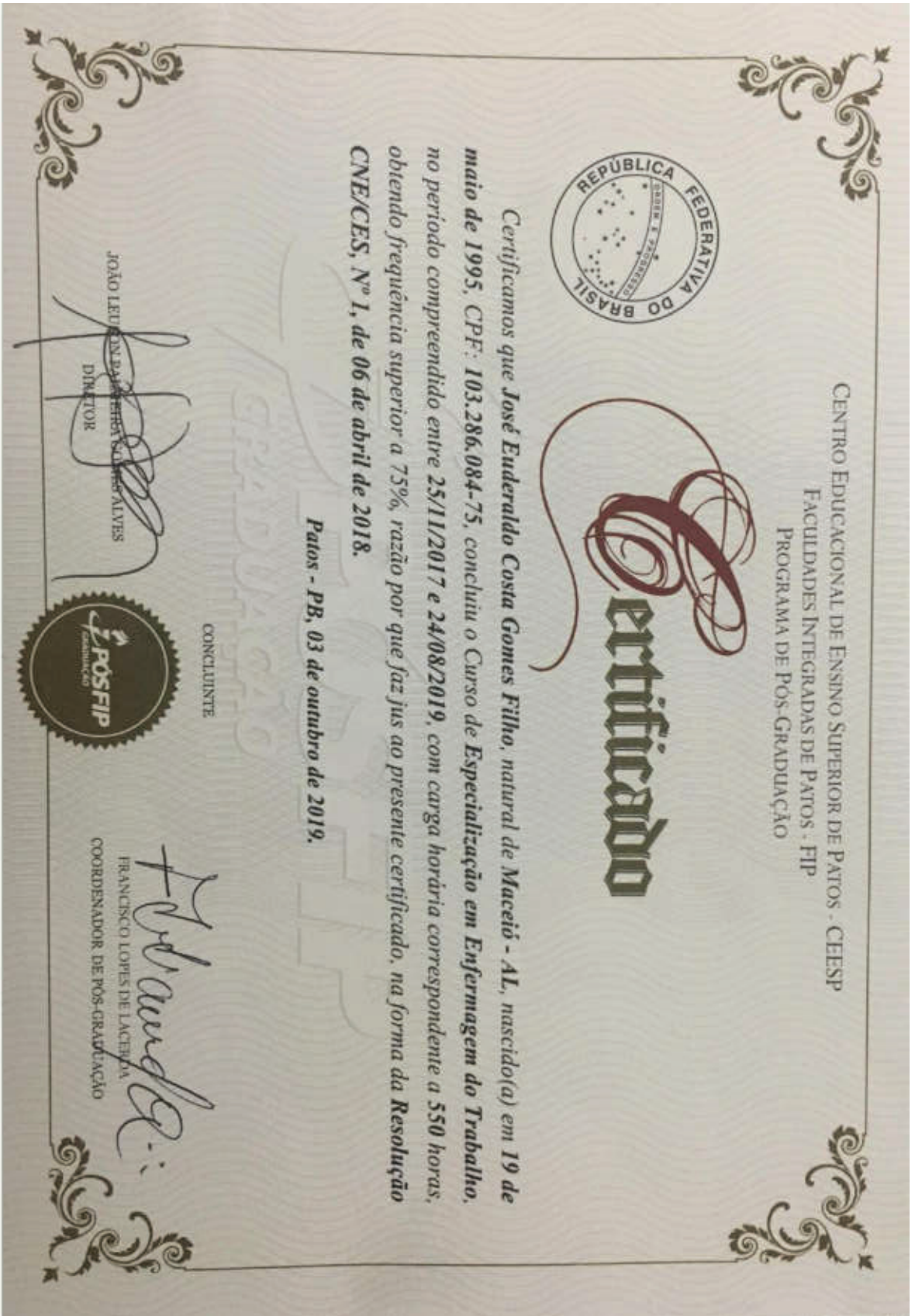
Diploma registrado sob Nº 477 as Rs. 048V

do Livro 003, Processo Nº 20344/2017

de conformidade com a Lei Nº 9.394/96 (LDBEN)

Maceió, 15 de dezembro de 2017.

Alina Augusta da Hora
Assessor de Controladoria Acadêmica



O curso encontra-se no disposto no artigo 8º, parágrafo 1º, 2º, 3º e 4º da Resolução Nº 1 CNE / CES de 06 de abril de 2018.

HISTÓRICO ESCOLAR

Nome: **José Eudervaldo Costa Gomes Filho**

CPF: **103.286.084-75**

Curso: **Especialização em Enfermagem do Trabalho**

Período de Realização: **25/11/2017 e 24/08/2019**

Carga Horária: **550 h**

DISCIPLINAS	CH	DOCENTE	TITULAÇÃO	NOTA
Bioestatística	30	Kely Cristina do Nascimento	Mestrado	9,5
Biologia	10	Maria do Socorro Alécio Barbosa	Mestrado	9,5
Doenças Relacionadas ao Trabalho (DORT)	30	Maria do Socorro Alécio Barbosa	Mestrado	9,8
Enfermagem do Trabalho e Legislação	60	Kely Cristina do Nascimento	Mestrado	9,0
Epidemiologia Ocupacional	30	André Luiz Fideles Lima	Especialista	9,0
Ergonomia e Fisiologia do Trabalho	30	Maria do Socorro Alécio Barbosa	Mestrado	9,5
Higiene e Segurança do Trabalho	30	Gidelson Gabriel Gomes	Mestrado	9,0
Introdução à Saúde do Trabalhador e Políticas de Saúde do Trabalhador	30	Fátima Gouveia Silva de Andrade	Especialista	10,0
Legislação e Saúde do Trabalhador	30	Maria Rita Ribeiro de Moura	Mestrado	9,0
Metodologia da Pesquisa Científica	40	João do Nascimento da Silva	Mestrado	9,5
Organização dos Serviços de Enfermagem na Saúde do Trabalhador	10	Kely Cristina do Nascimento	Mestrado	10,0
Práticas Socorro	30	Yanicya Trannara Amaral	Especialista	9,5
Programa de Alimentação do Trabalhador	30	André Luiz Fideles Lima	Especialista	9,5
Psicologia Aplicada à Enfermagem voltada ao Trabalhador	30	Gidelson Gabriel Gomes	Mestrado	9,5
Saúde Ambiental do Trabalho	10	André Luiz Fideles Lima	Especialista	9,0
Seminários de Pesquisa	30	João do Nascimento da Silva	Mestrado	9,0
Toxicologia Ocupacional e Avaliação em Saúde Ocupacional	30	Gidelson Gabriel Gomes	Mestrado	9,0
Técnicas Técnicas	10	Fátima Gouveia Silva de Andrade	Especialista	10,0
TCC: O TRABALHO COMO PERIGO: os riscos à saúde do trabalhador.	20			9,5

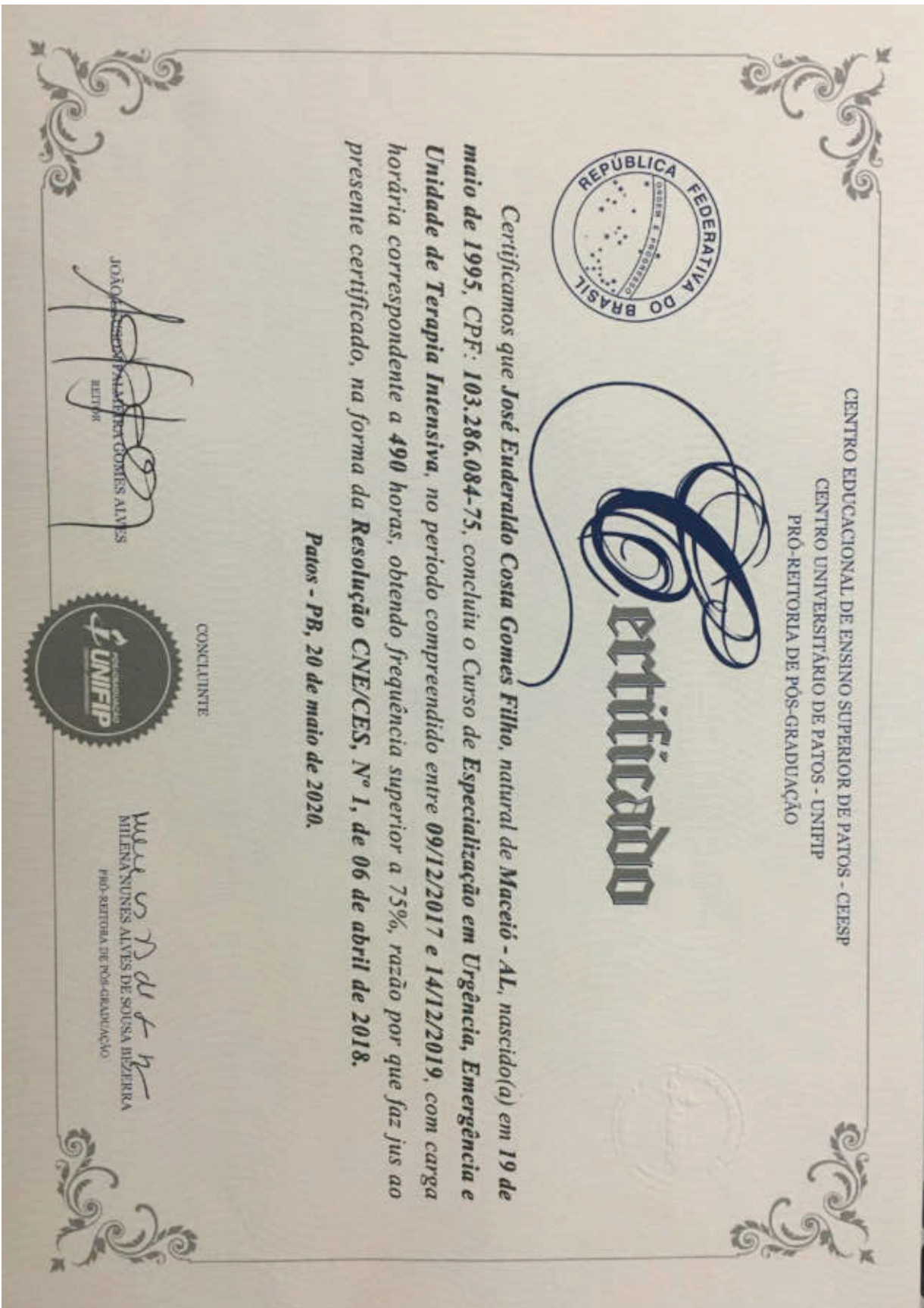
O Curso obedeceu às disposições da Resolução Nº 1, do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, de 06 de abril de 2018.

Patos - PB, 03 de outubro de 2019.

TRF-FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
 SETOR DE EXPEDIENTE DE CERTIFICADO
 Nº 4995 Fls. 163 Liv. 06
 PATOS-PB 10/10/2019
 Lidia
 SECRETARIA

Francisco Lopes de Lacerda
FRANCISCO LOPES DE LACERDA
 COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO

FIP - FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
 Portaria Ministerial de Credenciamento nº 3.676, de 10
 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da
 União de 23 de dezembro de 2012.



O curso obedecerá ao disposto no artigo 5º, parágrafo 1º, 2º, 3º e 4º da Resolução Nº 1 CNE / CES de 06 de abril de 2018.

HISTÓRICO ESCOLAR

Nome: **José Euderaldo Costa Gomes Filho**

CPF: **103.286.084-75**

Curso: **Especialização em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva**

Período de Realização: **09/12/2017 e 14/12/2019**

Carga Horária: **490 h**

DISCIPLINAS	CH	DOCENTE	TITULAÇÃO	NOTA
Atendimento de Urgências e Emergências Cardio-Respiratórias	30	Grédson Gabriel Gomes	Mestrado	9,0
Atendimento de Urgências e Emergências em Centro Cirúrgico	20	Márcia Rita Wehler de Moura	Mestrado	10,0
Atendimento de Urgências e Emergências em Neonatologia e Pediatrias	20	Márcia Rita Wehler de Moura	Mestrado	9,0
Atendimento de Urgências e Emergências em Quimioterapia, Semi-Logotomoter e Intervenções Especiais	20	Thalita Alves de Araújo Toméiro	Mestrado	9,0
Atendimento de Urgências e Emergências Neurológicas	20	Thalita Alves de Araújo Toméiro	Mestrado	9,5
Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas	20	Água Paula Romão da Silva Daurice	Mestrado	9,0
Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas	10	Emerson de Souza Mendes	Especialista	9,0
Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas	10	Rudigo Parreira Pires	Mestrado	9,0
Atendimento de Urgências e Emergências Traumatológicas	40	Yvelicia Travençolo Amaral	Especialista	10,0
Atendimento de Urgências e Emergências Renais e Metabólicas	30	Emerson de Souza Mendes	Especialista	8,0
Atendimento de Urgências e Emergências Psiquiátricas	30	Emerson de Souza Mendes	Especialista	10,0
Atendimento de Urgências e Emergências Geriátricas	10	Rodolfo Parreira Pires	Mestrado	9,0
Bioética e Legislação de Urgências e Emergências Hospitalares	10	Cleber de Oliveira Nascimento	Especialista	9,0
Atualização em Urgências e Emergências Hospitalares	10	Cleber de Oliveira Nascimento	Especialista	10,0
Formação e Organização dos Serviços de Saúde em Urgência, Emergência e UTI	20	Evânio de Silva	Mestrado	9,0
Gerenciamento e Organização dos Serviços de Saúde em Urgência, Emergência e UTI	20	Cleber de Oliveira Nascimento	Especialista	10,0
Interpretação de Exames Laboratoriais em Pacientes Críticos	40	Água do Nascimento da Silva	Mestrado	9,5
Metodologia da Pesquisa Científica	40	Grédson Gabriel Gomes	Mestrado	9,0
Prevalências Técnicas Invasivas e não Invasivas no Atendimento ao Paciente Crítico	10	Thalita Alves de Araújo Toméiro	Especialista	9,0
Referência à Prática em Urgência, Emergência e UTI (Prática Técnica nos Serviços de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar e Hospitalar e UTI)	20	Márcia e Laurício de Lara	Especialista	9,5
Seminários de Pesquisa	40	Água do Nascimento da Silva	Mestrado	9,5
Tecnologia e Monitoramento de Equipamentos no Atendimento ao Paciente Crítico	20	Grédson Gabriel Gomes	Mestrado	9,0

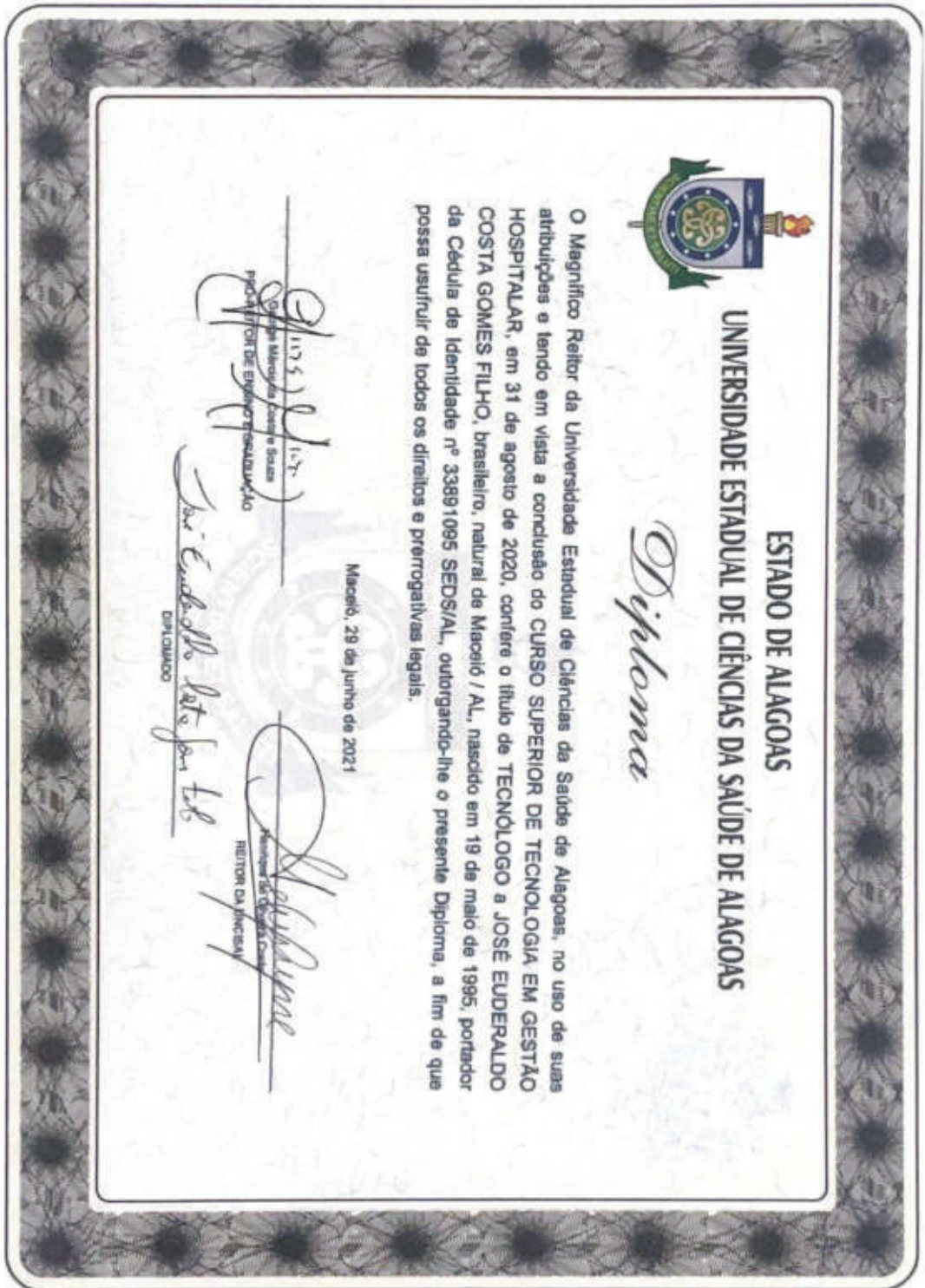
TCC: **O controle de infecções em uma unidade de terapia intensiva.**

O curso obedecerá as disposições da Resolução Nº 1, do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, de 06 de abril de 2018.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - CUNIFP
 SETOR DE EXERCÍCIO DE CERTIFICADO
 Nº 359 Pa. 2A, Liv. 03
 PATOS-PB 55.015-000
 SÉC. DE ADMINISTRAÇÃO

MILENA KUNES ALVES DE SOUSA BEZERRA
 PRÓ-REITORA DE PÓS-GRADUAÇÃO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - CUNIFP
 Portaria Ministerial de Condicionamento nº 1.296, de
 18 de junho de 2019, publicada no Diário Oficial da
 União de 21 de junho de 2019.



ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS

Diploma

O Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR, em 31 de agosto de 2020, confere o título de TECNÓLOGO a JOSÉ EUDERALDO COSTA GOMES FILHO, brasileiro, natural de Maceió / AL, nascido em 19 de maio de 1995, portador da Cédula de Identidade nº 33991095 SEDS/AL, outorgando-lhe o presente Diploma, a fim de que possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

Maceió, 29 de Junho de 2021

[Signature]
O Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
PROFESSOR DE ENSINO TÉCNICO

[Signature]
José Euderaldo Costa Gomes Filho
Doutorando

[Signature]
Reitor da Instituição

Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar
Fracionado através da Resolução Nº 010/2017 - CEEAL, publicada no
D.O.E / AL de 27/04/2021 e em conformidade com o Parecer
Nº 084/2021:

Sei Vieira da Silva

Grupo de Emissão e Registro de Diploma

Governo do Estado de Alagoas
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Diploma registrado sob Nº 298 do R. 030V
do Livro 004 Processo Nº 123062020
de conformidade com a Lei Nº 9.394/96 (LDBEN).

Marcelo 29 de junho de 2021

Sei Vieira da Silva

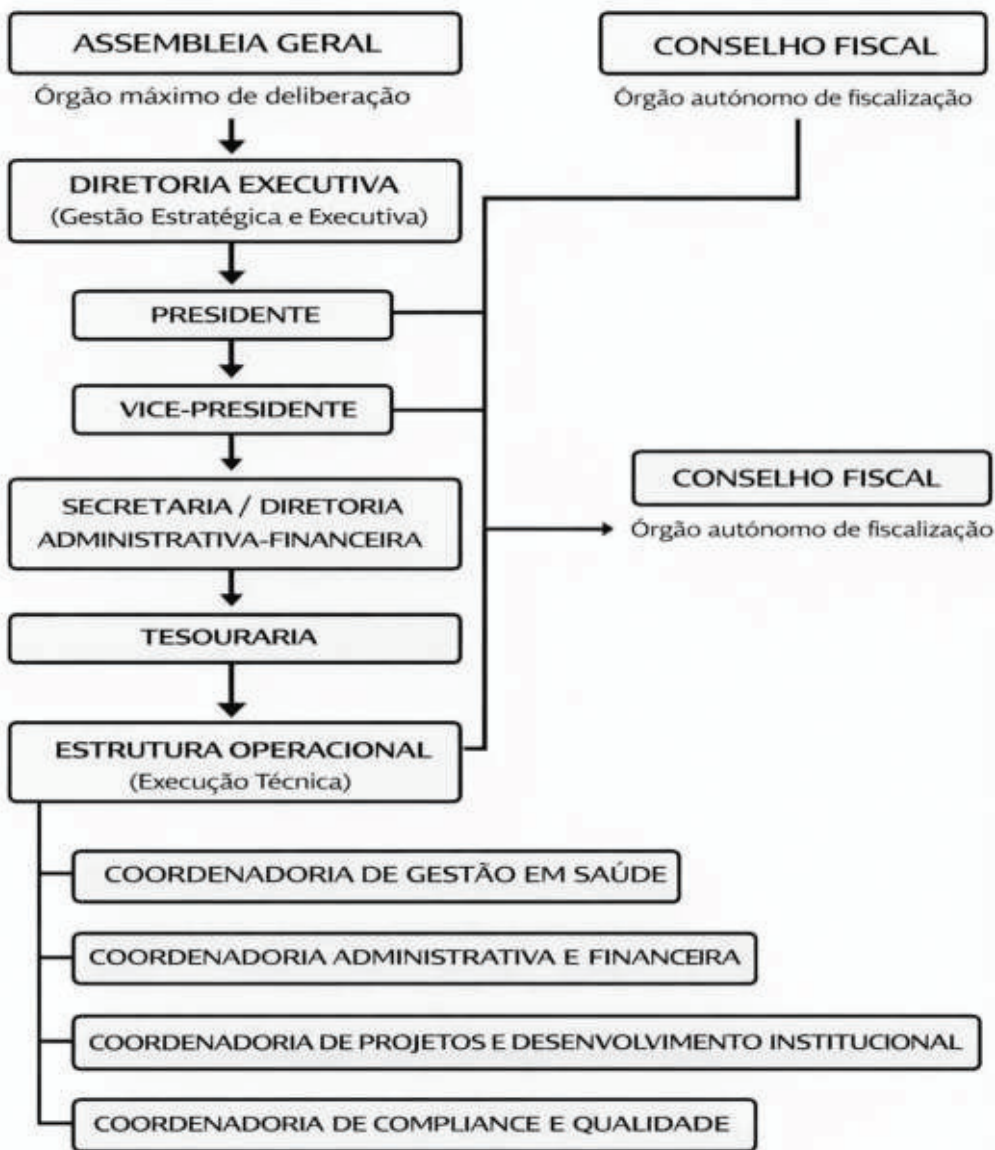
Assessor de Credenciamento Acadêmico

C4 - CAPACIDADE GERENCIAL E ASSISTENCIAL

13. Capacidade Gerencial e Assistencial

13.1 Estrutura/organograma da Direção e da Organização

Estrutura/Organograma da Solution:



Definição das competências de cada membro do corpo diretivo da Solution:

ASSEMBLEIA GERAL

A Assembleia Geral constitui o **órgão máximo de deliberação da entidade**, sendo responsável pela definição das diretrizes estratégicas, institucionais e normativas que orientam a atuação da organização. Compete à Assembleia Geral deliberar sobre alterações estatutárias, aprovar contas, relatórios de gestão e planos estratégicos, bem como eleger e destituir os membros da Diretoria Executiva e do Conselho Fiscal. Atua como instância superior de governança, garantindo a legitimidade, a transparência e o alinhamento institucional da organização aos seus objetivos sociais e às normas legais aplicáveis.

DIRETORIA EXECUTIVA

A Diretoria Executiva é o **órgão responsável pela gestão estratégica, administrativa e operacional da entidade**, incumbida de executar as deliberações da Assembleia Geral, coordenar as atividades institucionais e assegurar o cumprimento da missão organizacional. Compete à Diretoria Executiva planejar, dirigir, supervisionar e avaliar as ações da entidade, garantindo a eficiência administrativa, a regularidade da execução dos contratos de gestão, o cumprimento das metas pactuadas e a observância das normas legais, regulatórias e contratuais.

PRESIDENTE

O Presidente é o **representante legal da entidade**, responsável pela condução superior da gestão institucional e pela articulação estratégica da organização. Compete ao Presidente coordenar as atividades gerais da entidade, presidir as reuniões da Diretoria Executiva e da Assembleia Geral, representar a instituição perante órgãos públicos e privados, celebrar e assinar contratos, convênios e termos de parceria, bem como assegurar a execução das políticas institucionais e o cumprimento das decisões colegiadas. Atua como principal responsável pela governança, pela sustentabilidade institucional e pelo relacionamento com o poder público.

VICE-PRESIDENTE

O Vice-Presidente tem como competência **substituir o Presidente em suas ausências ou impedimentos**, garantindo a continuidade da gestão institucional. Compete-lhe, ainda, apoiar a Presidência na coordenação estratégica da entidade, participar da formulação e acompanhamento de projetos institucionais, contribuir para o planejamento estratégico e atuar na supervisão

de iniciativas prioritárias, conforme delegação do Presidente ou deliberação da Diretoria Executiva.

SECRETARIA / DIRETORIA ADMINISTRATIVA-FINANCEIRA

A Secretaria ou Diretoria Administrativa-Financeira é responsável pela **gestão administrativa, financeira, contábil e patrimonial da entidade**. Compete-lhe planejar, executar e controlar o orçamento institucional, gerir receitas e despesas, elaborar demonstrativos financeiros, relatórios contábeis e prestações de contas, bem como assegurar a correta aplicação dos recursos financeiros. Atua na organização administrativa, no suporte à gestão de recursos humanos, no controle patrimonial e no atendimento às exigências legais, fiscais e contratuais, garantindo transparência e responsabilidade fiscal.

TESOURARIA

A Tesouraria tem como competência **apoiar operacionalmente a gestão financeira da entidade**, executando atividades relacionadas ao controle de fluxo de caixa, pagamentos, recebimentos e conciliações financeiras. Compete ao Tesoureiro auxiliar a Diretoria Administrativa-Financeira, substituir o titular quando necessário e assegurar a regularidade das operações financeiras, em conformidade com os procedimentos internos, normas legais e diretrizes da Diretoria Executiva.

ESTRUTURA OPERACIONAL

A Estrutura Operacional é responsável pela **execução técnica, administrativa e assistencial das atividades da entidade**, especialmente no âmbito dos contratos de gestão celebrados com o poder público. Atua de forma integrada, assegurando a implementação das políticas institucionais, o cumprimento das metas assistenciais e operacionais, a qualidade dos serviços prestados e a adequada articulação com a rede de atenção à saúde.

COORDENADORIA DE GESTÃO EM SAÚDE

A Coordenadoria de Gestão em Saúde é responsável pelo **gerenciamento técnico e operacional dos contratos de saúde**, abrangendo a gestão de unidades como UPA, PAM, SAMU e demais serviços assistenciais. Compete-lhe planejar, coordenar e supervisionar as atividades assistenciais, gerir equipes multiprofissionais, monitorar indicadores de desempenho, assegurar a implantação e o cumprimento de protocolos clínicos e operacionais,

bem como promover a integração dos serviços com a rede de atenção à saúde. Atua diretamente na garantia da qualidade assistencial, da segurança do paciente e do cumprimento das metas pactuadas.

COORDENADORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

A Coordenadoria Administrativa e Financeira tem como competência a **gestão integrada dos recursos administrativos, financeiros, humanos e materiais da entidade**, no âmbito operacional. Compete-lhe coordenar os processos de recursos humanos, orçamento, finanças, compras, suprimentos, almoxarifado e patrimônio, bem como gerenciar sistemas de informação, tecnologia da informação e sistemas de gestão. Atua assegurando eficiência administrativa, regularidade operacional e suporte às atividades assistenciais.

COORDENADORIA DE PROJETOS E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

A Coordenadoria de Projetos e Desenvolvimento Institucional é responsável pela **elaboração, gestão e acompanhamento de projetos institucionais**, incluindo planos de trabalho, propostas técnicas e iniciativas de inovação. Compete-lhe atuar na captação de recursos, no desenvolvimento de parcerias institucionais, na estruturação de projetos estratégicos e na promoção da melhoria contínua dos processos organizacionais. Atua de forma estratégica no fortalecimento institucional, na expansão da atuação da entidade e na qualificação da gestão.

COORDENADORIA DE COMPLIANCE E QUALIDADE

A Coordenadoria de Compliance e Qualidade é responsável pela **conformidade legal, regulatória e institucional da entidade**, bem como pela implementação e monitoramento do sistema de gestão da qualidade. Compete-lhe coordenar auditorias internas, gerenciar riscos operacionais, assistenciais e jurídicos, monitorar controles internos, apoiar processos de certificação e acreditação, bem como acompanhar a prestação de contas e o cumprimento das obrigações contratuais. Atua como instância técnica de apoio à governança, à transparência e à integridade institucional.

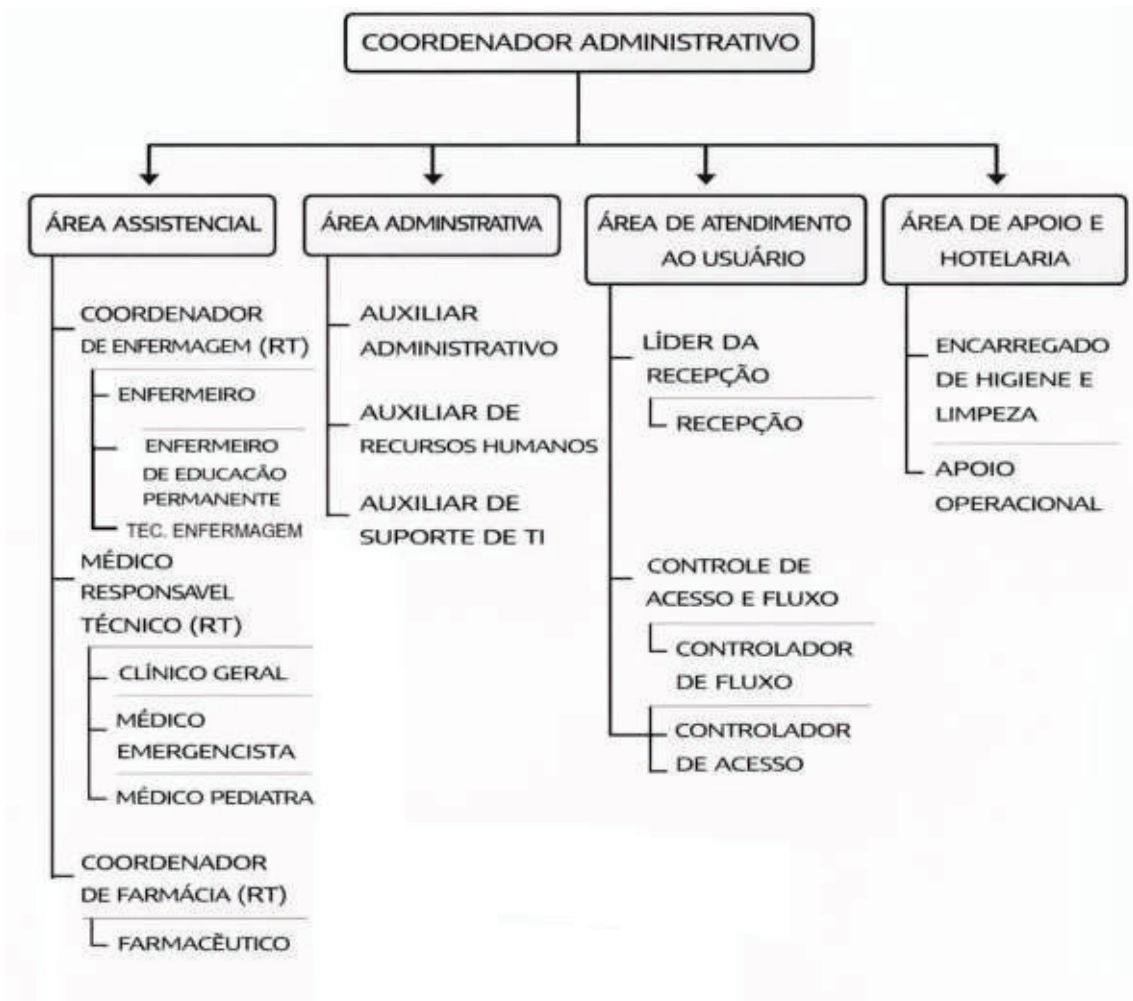
CONSELHO FISCAL

O Conselho Fiscal é um **órgão autônomo e independente de fiscalização**, responsável por examinar e emitir parecer sobre as demonstrações financeiras, relatórios contábeis e prestações de contas da

entidade. Compete-lhe fiscalizar os atos da Diretoria Executiva, verificar a regularidade da gestão financeira e patrimonial e comunicar à Assembleia Geral eventuais irregularidades identificadas. Atua de forma independente, garantindo a transparência, a legalidade e a boa governança da organização.

13.1.1 Organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo e da estrutura a ser implantada na unidade

Organograma institucional



Atribuições e competências

COORDENADOR ADMINISTRATIVO

O Coordenador Administrativo é o **responsável pela gestão integrada das áreas assistencial, administrativa, atendimento ao usuário e apoio operacional da unidade**, atuando como elo entre a Direção da entidade e a operação local. Compete-lhe planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os processos administrativos e operacionais, assegurar o cumprimento das normas

institucionais, contratuais e legais, monitorar indicadores de desempenho, garantir a adequada utilização dos recursos humanos, materiais e financeiros, bem como apoiar a implementação das metas pactuadas no Contrato de Gestão.

ÁREA ASSISTENCIAL

COORDENADOR DE ENFERMAGEM (Responsável Técnico – RT)

O Coordenador de Enfermagem, na condição de Responsável Técnico, é responsável pela **gestão técnica, assistencial e ética da equipe de enfermagem da unidade**. Compete-lhe planejar, organizar, coordenar e supervisionar as atividades de enfermagem, assegurar o cumprimento das normas do COFEN/COREN, implantar e monitorar protocolos assistenciais, garantir a qualidade e a segurança do cuidado, dimensionar equipes, elaborar escalas, supervisionar registros em prontuário e atuar na articulação com a equipe multiprofissional e com a gestão da unidade.

ENFERMEIRO

O Enfermeiro é responsável pela **execução, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem aos usuários**, conforme protocolos institucionais e diretrizes do SUS. Compete-lhe realizar avaliação clínica, planejar e executar cuidados de enfermagem, supervisionar a equipe técnica, garantir registros adequados em prontuário, participar de ações de segurança do paciente, colaborar na gestão de riscos assistenciais e atuar de forma integrada com a equipe multiprofissional.

ENFERMEIRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Enfermeiro de Educação Permanente é responsável pelo **planejamento, execução e monitoramento das ações de capacitação, treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem e multiprofissional**. Compete-lhe identificar necessidades de capacitação, elaborar cronogramas de treinamentos, desenvolver atividades educativas baseadas em evidências científicas, apoiar a implementação de protocolos, monitorar indicadores de desempenho relacionados à qualificação profissional e contribuir para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

O Técnico de Enfermagem é responsável pela **execução direta dos cuidados de enfermagem aos usuários**, sob supervisão do Enfermeiro.

Compete-lhe realizar procedimentos técnicos, auxiliar no atendimento aos pacientes, monitorar sinais vitais, administrar medicamentos conforme prescrição, apoiar a organização da unidade assistencial, zelar pela segurança do paciente e registrar adequadamente as informações assistenciais em prontuário.

MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)

O Médico Responsável Técnico é o **responsável legal e técnico pela assistência médica prestada na unidade**, conforme exigências do Conselho Regional de Medicina. Compete-lhe coordenar o corpo clínico, assegurar o cumprimento das normas éticas e técnicas da prática médica, supervisionar protocolos clínicos, garantir a qualidade e a segurança da assistência, apoiar a gestão na definição de fluxos assistenciais e responder tecnicamente perante os órgãos reguladores e fiscalizadores.

CLÍNICO GERAL

O Médico Clínico Geral é responsável pelo **atendimento médico integral aos usuários**, realizando avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento clínico, conforme protocolos assistenciais e diretrizes do SUS. Compete-lhe atuar no atendimento de urgência e emergência, registrar adequadamente os atendimentos em prontuário, colaborar com a equipe multiprofissional e contribuir para a resolutividade e continuidade do cuidado.

MÉDICO EMERGENCISTA

O Médico Emergencista é responsável pelo **atendimento especializado em situações de urgência e emergência**, atuando de forma rápida, resolutiva e baseada em protocolos clínicos. Compete-lhe avaliar pacientes em risco iminente, realizar intervenções imediatas, coordenar atendimentos críticos, participar da tomada de decisões clínicas complexas e atuar de forma integrada com a equipe assistencial para garantir a segurança do paciente.

MÉDICO PEDIATRA

O Médico Pediatra é responsável pela **assistência médica especializada à população pediátrica**, atuando no atendimento de urgência, emergência e clínica pediátrica. Compete-lhe realizar avaliação, diagnóstico e tratamento de crianças e adolescentes, orientar familiares, registrar informações

em prontuário e atuar de acordo com protocolos clínicos e diretrizes de atenção à saúde da criança.

COORDENADOR DE FARMÁCIA (Responsável Técnico – RT)

O Coordenador de Farmácia, na condição de Responsável Técnico, é responsável pela **gestão técnica, legal e operacional da farmácia da unidade**. Compete-lhe assegurar o cumprimento das normas sanitárias e regulatórias, gerenciar o armazenamento, dispensação e controle de medicamentos, supervisionar a equipe farmacêutica, implantar protocolos de uso racional de medicamentos, monitorar estoques e garantir a segurança medicamentosa.

FARMACÊUTICO

O Farmacêutico é responsável pela **execução das atividades técnico-operacionais relacionadas aos medicamentos e insumos farmacêuticos**. Compete-lhe realizar a dispensação segura de medicamentos, orientar a equipe assistencial e os usuários, controlar estoques, registrar informações obrigatórias, apoiar ações de farmacovigilância e contribuir para a segurança do paciente.

ÁREA ADMINISTRATIVA

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

O Auxiliar Administrativo é responsável pelo **apoio às rotinas administrativas da unidade**, incluindo organização documental, controle de registros, atendimento interno, apoio aos processos administrativos e suporte às áreas assistenciais e de gestão, garantindo a fluidez dos processos internos.

AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS

O Auxiliar de Recursos Humanos é responsável pelo **apoio às rotinas de gestão de pessoas**, incluindo controle de frequência, organização de documentos funcionais, apoio aos processos de admissão, desligamento, treinamento e comunicação interna, em conformidade com a legislação trabalhista e normas institucionais.

AUXILIAR DE SUPORTE DE TI

O Auxiliar de Suporte de TI é responsável pelo **apoio técnico aos sistemas de informação e infraestrutura tecnológica da unidade**. Compete-

le auxiliar na manutenção de equipamentos, suporte aos usuários, funcionamento dos sistemas assistenciais e administrativos e apoio à segurança da informação.

ÁREA DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

LÍDER DA RECEPÇÃO

O Líder da Recepção é responsável pela **coordenação das atividades de atendimento inicial aos usuários**, assegurando acolhimento humanizado, organização dos fluxos de entrada, orientação adequada aos pacientes e acompanhantes e supervisão da equipe de recepção, conforme protocolos institucionais.

RECEPÇÃO

O profissional de Recepção é responsável pelo **atendimento direto aos usuários e acompanhantes**, realizando cadastro, orientação, organização de filas e apoio ao fluxo assistencial, garantindo atendimento humanizado, organizado e conforme as diretrizes da unidade.

CONTROLE DE ACESSO E FLUXO

O Controle de Acesso e Fluxo é responsável pela **organização e monitoramento da circulação de usuários, acompanhantes e profissionais na unidade**, assegurando o cumprimento dos fluxos assistenciais, normas de segurança e controle de áreas restritas.

CONTROLADOR DE FLUXO

O Controlador de Fluxo é responsável por **orientar e direcionar usuários e acompanhantes**, garantindo a correta circulação dentro da unidade e o respeito aos fluxos assistenciais estabelecidos.

CONTROLADOR DE ACESSO

O Controlador de Acesso é responsável pelo **controle de entrada e saída de pessoas**, assegurando a segurança da unidade, o cumprimento das normas internas e a proteção dos usuários e profissionais.

ÁREA DE APOIO E HOTELARIA

ENCARREGADO DE HIGIENE E LIMPEZA

O Encarregado de Higiene e Limpeza é responsável pela **coordenação das atividades de limpeza, desinfecção e conservação dos ambientes da unidade**. Compete-lhe supervisionar equipes, assegurar o cumprimento dos protocolos de higienização, especialmente em áreas assistenciais, e contribuir para a prevenção de infecções e segurança sanitária.

APOIO OPERACIONAL

O Apoio Operacional é responsável por **atividades de suporte logístico e operacional**, auxiliando na organização dos ambientes, transporte interno de materiais, apoio às equipes assistenciais e administrativas e manutenção da rotina operacional da unidade.

13.1.2 Estruturação dos processos gerenciais do Pronto Atendimento Municipal

13.1.2.1 Finalidade da Estruturação dos Processos Gerenciais

A estruturação dos processos gerenciais do Pronto Atendimento Municipal será organizada para garantir o funcionamento integrado das atividades assistenciais e administrativas. A coordenação diária seguirá rotinas de planejamento, acompanhamento e controle dos serviços prestados.

O objetivo é manter a unidade operando de forma organizada, com responsabilidades bem distribuídas entre as equipes. Os processos serão monitorados continuamente, permitindo ajustes rápidos quando necessário. A gestão trabalhará para assegurar qualidade no atendimento, segurança dos pacientes e cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Essa estruturação forma a base da governança do Pronto Atendimento Municipal. As rotinas gerenciais permitirão identificar problemas operacionais antes que afetem o atendimento à população.

13.1.2.2 Princípios Norteadores da Gestão Gerencial

A gestão do Pronto Atendimento Municipal seguirá princípios que orientam a tomada de decisão e a organização do trabalho diário. O primeiro deles é o cumprimento das obrigações previstas no Contrato de Gestão, que define o escopo de atuação e as entregas esperadas.

As responsabilidades serão claramente definidas para cada nível da estrutura organizacional. A integração entre áreas assistenciais e administrativas

será constantemente trabalhada, evitando que funcionem de forma isolada. As decisões serão tomadas com base em dados concretos e indicadores acompanhados regularmente.

Todos os processos terão registros que permitam rastreabilidade e transparência. O foco permanente será a qualidade assistencial, a segurança do paciente e o atendimento humanizado. Esses princípios garantem que a gestão seja coerente e previsível.

13.1.2.3 Planejamento dos Serviços

O planejamento dos serviços será realizado de forma contínua e ajustado conforme as demandas identificadas. A coordenação elaborará planos de ação considerando o perfil da população atendida e os recursos disponíveis.

O planejamento assistencial considerará os dados epidemiológicos do município e o histórico de atendimentos da unidade. Serão analisados os picos de demanda, os tipos de casos mais frequentes e as necessidades de organização dos fluxos internos. A capacidade instalada será revisada periodicamente para garantir que esteja adequada ao volume de atendimentos.

O dimensionamento de pessoal seguirá o quadro aprovado no Contrato de Gestão, mas a distribuição das equipes nos turnos poderá ser ajustada conforme a necessidade operacional. Os insumos e equipamentos terão seu consumo acompanhado mensalmente, permitindo previsão de compras e reposição sem rupturas de estoque.

O planejamento financeiro será feito em consonância com o orçamento aprovado. As revisões ocorrerão conforme os resultados monitorados e as eventuais mudanças no cenário assistencial.

13.1.2.4 Coordenação dos Processos e Serviços

A coordenação dos processos gerenciais será exercida pela estrutura hierárquica definida para o Pronto Atendimento Municipal. A direção geral articulará as coordenações assistenciais e administrativas, garantindo que trabalhem de forma integrada.

Cada setor terá suas responsabilidades claramente estabelecidas. As rotinas operacionais serão padronizadas por meio de procedimentos operacionais padrão, que estarão disponíveis para consulta das equipes. A comunicação interna funcionará por meio de reuniões regulares, registros em sistemas informatizados e canais diretos entre as coordenações.

Os objetivos institucionais serão desdobrados em metas setoriais, permitindo que cada equipe compreenda sua contribuição para o resultado geral. A coordenação acompanhará o cumprimento dessas metas e oferecerá suporte quando houver dificuldades operacionais.

Essa organização garante que os serviços sejam executados de forma coerente, evitando retrabalhos e falhas de comunicação.

13.1.2.5 Definição de Responsabilidades

As responsabilidades no âmbito da gestão serão distribuídas por níveis hierárquicos e funcionais. A direção do Pronto Atendimento Municipal responderá pela governança geral da unidade, pela relação com o contratante e pelo acompanhamento dos resultados globais.

As coordenações assistenciais terão responsabilidade direta sobre a execução dos protocolos clínicos, a organização dos fluxos de atendimento e a supervisão das equipes de saúde. As coordenações administrativas ficarão responsáveis pela gestão de pessoas, compras, patrimônio, hotelaria e serviços de apoio.

As lideranças de equipes, como enfermeiros plantonistas e supervisores de setor, acompanharão as rotinas diárias e orientarão os profissionais sob sua responsabilidade. As equipes multiprofissionais executarão as atividades assistenciais conforme protocolos estabelecidos.

Essa definição clara reduz sobreposições de atribuições e facilita a identificação de responsáveis quando há necessidade de correção de processos.

13.1.2.6 Monitoramento dos Serviços

O monitoramento dos serviços acontecerá de forma contínua, por meio de acompanhamento diário de indicadores assistenciais e operacionais. Os dados serão coletados dos sistemas informatizados e das planilhas de controle setoriais.

A coordenação acompanhará o volume de atendimentos, o tempo médio de permanência, a taxa de retorno em 24 horas, os eventos adversos e as reclamações de usuários. Os indicadores operacionais incluirão absenteísmo de pessoal, consumo de insumos estratégicos, funcionamento de equipamentos e cumprimento de prazos administrativos.

Quando forem identificados desvios em relação às metas ou padrões esperados, a equipe gerencial realizará análise das causas e definirá ações corretivas. Os riscos assistenciais e operacionais serão mapeados regularmente, permitindo atuação preventiva.

O monitoramento permitirá intervenções rápidas antes que problemas se agravem. Os resultados serão apresentados mensalmente às equipes, mantendo todos informados sobre o desempenho da unidade.

13.1.2.7 Avaliação do Desempenho dos Serviços

A avaliação dos serviços será realizada periodicamente, consolidando os dados do monitoramento em análises mais profundas. Mensalmente serão avaliados os resultados assistenciais, comparando-os com as metas contratuais e com o desempenho de períodos anteriores.

A eficiência operacional será medida por indicadores de produtividade, uso de recursos e resolubilidade dos atendimentos. A satisfação dos usuários será avaliada por meio de pesquisas aplicadas na sala de espera e de análise das manifestações recebidas pela ouvidoria.

Trimestralmente será realizada avaliação mais detalhada do cumprimento das metas contratuais, com apresentação de relatório à direção e ao contratante. A efetividade das ações de melhoria implementadas também será avaliada, verificando se produziram os resultados esperados.

Os resultados dessas avaliações subsidiarão decisões gerenciais sobre mudanças de processos, necessidades de capacitação, ajustes de recursos e outras ações de melhoria. As equipes receberão devolutiva sobre o desempenho avaliado.

13.1.2.8 Fluxos Decisórios

Os fluxos decisórios serão definidos de forma clara para agilizar a tomada de decisão e garantir segurança jurídica. Cada nível hierárquico terá suas competências e limites de decisão estabelecidos em regimento interno.

Decisões assistenciais emergenciais poderão ser tomadas pelos coordenadores assistenciais e médicos plantonistas. Decisões administrativas rotineiras serão de competência das coordenações respectivas. Decisões que envolvam mudanças de processos, alocação significativa de recursos ou alteração de contratos dependerão de aprovação da direção geral.

Os procedimentos para tomada de decisão incluirão análise técnica da situação, consulta aos setores envolvidos quando necessário e registro formal da decisão adotada. Todas as decisões relevantes serão documentadas e comunicadas às equipes envolvidas por meio dos canais internos.

Essa organização garante agilidade nas decisões operacionais sem comprometer a governança e a rastreabilidade dos processos.

13.1.2.9 Integração entre Planejamento, Coordenação, Monitoramento e Avaliação

Os processos de planejamento, coordenação, monitoramento e avaliação funcionarão de forma integrada e cíclica. O planejamento definirá as ações a serem executadas. A coordenação organizará a execução dessas ações pelas equipes. O monitoramento acompanhará se a execução está ocorrendo conforme planejado. A avaliação verificará se os resultados foram alcançados.

Quando a avaliação identificar desvios ou oportunidades de melhoria, novos planos de ação serão elaborados, reiniciando o ciclo. Essa dinâmica garante alinhamento entre objetivos e execução, permitindo correção rápida de problemas.

A integração desses processos fortalece a governança da unidade e a capacidade de adaptação a mudanças nas demandas assistenciais. A sustentabilidade da gestão depende dessa articulação contínua entre planejamento e execução.

13.1.2.10 Registro, Documentação e Rastreabilidade

Todas as etapas dos processos gerenciais serão registradas em sistemas informatizados ou documentos físicos arquivados de forma organizada. Os planos de ação elaborados ficarão disponíveis para consulta das equipes e fiscalização do contratante.

Os relatórios gerenciais serão produzidos mensalmente, consolidando indicadores monitorados, avaliações realizadas e decisões adotadas. Esses relatórios compõem o processo de prestação de contas junto ao município.

Os registros permitirão rastreabilidade de todas as ações gerenciais, facilitando auditorias internas e externas. A documentação organizada também serve como memória institucional, permitindo consulta histórica sobre decisões tomadas e seus resultados.

A transparência nos registros fortalece a relação com o contratante e demonstra comprometimento com a governança adequada dos recursos públicos.

A estruturação dos processos gerenciais do Pronto Atendimento Municipal garante organização, controle e integração das atividades. As rotinas sistematizadas de planejamento, coordenação, monitoramento e avaliação permitem gestão eficiente e orientada a resultados.

A definição clara de responsabilidades e os fluxos decisórios bem estabelecidos reduzem falhas operacionais e aumentam a capacidade de resposta da unidade. O registro adequado de todos os processos garante transparência e rastreabilidade.

Essa estrutura gerencial fortalece a qualidade assistencial, a segurança do paciente e o cumprimento das metas contratuais, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e as exigências do Contrato de Gestão.

13.1.3 Definição e aplicação de mecanismos de gestão e acompanhamento - Indicadores de Desempenho

13.1.3.1 Finalidade e Importância dos Indicadores na Gestão do Pronto Atendimento

A gestão do Pronto Atendimento Municipal será conduzida com base em informações concretas e mensuráveis. Os indicadores de desempenho funcionam como instrumentos de controle que permitem à equipe gestora acompanhar diariamente o que está acontecendo na unidade. Será por meio desses números que a coordenação saberá se o atendimento está funcionando conforme planejado, se a equipe está cumprindo as escalas, se os insumos estão sendo utilizados adequadamente e se os recursos disponíveis estão sendo bem aproveitados.

O objetivo central não é apenas coletar dados, mas usar essas informações para tomar decisões práticas. Quando um indicador mostra que o tempo de espera está aumentando, a gestão precisa agir rapidamente para identificar o problema e corrigi-lo. Pode ser falta de médico em determinado horário, equipamento quebrado ou acúmulo de casos de maior complexidade. O indicador aponta onde está o desvio e a equipe operacional entra em ação.

Essa forma de trabalhar garante que a gestão não seja feita com base em impressões ou achismos. Os números mostram a realidade do serviço. Se a meta de atendimento não foi cumprida, o indicador vai registrar esse fato. Se houve melhora na resolutividade dos casos, o indicador também vai demonstrar. Essa transparência fortalece a relação com o órgão gestor municipal e permite que a prestação de contas seja feita de forma objetiva e documentada.

Os mecanismos de acompanhamento serão organizados para que toda a equipe entenda sua função no processo. O profissional da recepção precisa saber que o registro correto do horário de chegada do paciente alimenta o indicador de tempo de espera. O enfermeiro que realiza a classificação de risco precisa registrar corretamente a cor da pulseira porque esse dado compõe o indicador de distribuição de atendimentos por gravidade. O médico que finaliza o atendimento precisa preencher o campo de desfecho porque essa informação alimenta o indicador de resolutividade.

A gestão fará reuniões mensais com a equipe para apresentar os resultados dos indicadores. Não serão reuniões longas e burocráticas. Serão encontros objetivos onde os números serão apresentados, os problemas identificados e as soluções discutidas em conjunto. A equipe precisa entender que os indicadores não servem para punir, mas para melhorar o trabalho de todos.

O sistema de indicadores estará diretamente conectado ao Contrato de Gestão firmado com o município. Cada meta estabelecida no contrato terá um

ou mais indicadores responsáveis por medir seu cumprimento. Isso significa que os indicadores não são escolhidos aleatoriamente, mas derivam dos compromissos assumidos pela organização social perante o poder público e a população.

13.1.3.2 Organização do Sistema de Indicadores

O sistema será estruturado em três grupos principais que permitem uma visão completa da operação. O primeiro grupo trata dos indicadores assistenciais, que medem a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. O segundo grupo contempla os indicadores operacionais, que avaliam se a estrutura e os processos internos estão funcionando adequadamente. O terceiro grupo reúne os indicadores financeiros, que controlam o uso dos recursos e a sustentabilidade da gestão.

Essa divisão não significa que os grupos funcionam isoladamente. Na prática, eles se complementam. Um problema financeiro pode impactar a operação, que por sua vez afeta a assistência. Da mesma forma, uma melhora na organização dos processos operacionais pode reduzir custos e melhorar a qualidade do atendimento. A gestão precisa olhar os três grupos em conjunto para entender o que realmente está acontecendo na unidade.

Cada indicador terá uma ficha técnica simples que explica o que ele mede, como é calculado, quem é responsável pela coleta dos dados e qual é a meta estabelecida. Essa ficha será mantida em arquivo acessível para consulta de qualquer membro da equipe gestora. Não adianta ter indicador se as pessoas não sabem interpretar o resultado ou não entendem o que fazer quando a meta não é atingida.

A coordenação da unidade será responsável por revisar os indicadores mensalmente. Essa revisão não é apenas olhar os números em uma planilha. É preciso analisar o contexto, verificar se houve alguma situação excepcional que influenciou o resultado, comparar com o mês anterior e com o mesmo período do ano passado. Somente com essa análise mais detalhada é possível identificar tendências e tomar decisões acertadas.

Os indicadores serão apresentados em relatórios gerenciais que combinam tabelas, gráficos simples e comentários objetivos. O relatório não precisa ser extenso, mas precisa ser claro. Qualquer pessoa com conhecimento básico da operação deve conseguir ler o relatório e entender se a unidade está cumprindo as metas ou se há problemas que precisam de atenção.

13.1.3.3 Indicadores Assistenciais - Qualidade e Resolutividade do Atendimento

Os indicadores assistenciais são os mais importantes do ponto de vista da população atendida. São eles que mostram se o paciente está sendo bem

atendido, se o tempo de espera é adequado, se o tratamento oferecido resolve o problema de saúde e se o serviço é seguro.

O volume de atendimentos será monitorado diariamente. Não basta saber quantas pessoas foram atendidas no mês. É necessário saber quantas pessoas foram atendidas em cada plantão, em cada dia da semana e em cada período do dia. Essa informação permite identificar os horários de maior demanda e ajustar a escala de profissionais de acordo com a necessidade real. Se segunda-feira de manhã concentra 40% dos atendimentos da semana, não faz sentido manter a mesma equipe em todos os dias e horários.

A classificação de risco será acompanhada de perto. O indicador mostrará quantos pacientes foram classificados em cada cor: vermelho, amarelo, verde e azul. A distribuição esperada é que a maior parte dos casos seja verde ou azul, já que o Pronto Atendimento é voltado para urgências de baixa e média complexidade. Se o número de pacientes vermelhos está aumentando muito, pode significar que a rede básica de saúde não está conseguindo resolver os problemas antes que se agravem, ou que a população está usando a unidade de forma inadequada.

O tempo de espera será medido desde a chegada do paciente até o primeiro atendimento médico. Esse tempo varia conforme a classificação de risco. Paciente vermelho precisa ser atendido imediatamente. Paciente amarelo deve ser atendido em até 60 minutos. Paciente verde pode esperar até 120 minutos e paciente azul até 240 minutos. O indicador mostrará se esses prazos estão sendo cumpridos. Quando não estão, a gestão precisa entender o motivo e tomar providências.

A resolutividade é um dos indicadores mais importantes porque mede se o atendimento realmente resolveu o problema do paciente. Será calculada pela proporção de pacientes que recebem alta após o atendimento em relação ao total de atendimentos realizados. A meta é que pelo menos 85% dos casos sejam resolvidos na própria unidade, com o paciente recebendo alta para casa com orientação ou medicação. Os outros 15% podem ser encaminhamentos para especialistas, internações ou transferências para hospitais de maior complexidade.

Os eventos adversos serão registrados e contabilizados mensalmente. Evento adverso é qualquer ocorrência indesejada relacionada ao atendimento, como erro de medicação, queda de paciente, procedimento realizado de forma incorreta ou falha na identificação do paciente. O objetivo não é esconder esses eventos, mas aprender com eles. Cada evento adverso será analisado para identificar a causa raiz e implementar medidas que evitem repetição.

A adesão aos protocolos assistenciais será medida por amostragem. A equipe de enfermagem e a coordenação médica farão revisões periódicas de

prontuários para verificar se os profissionais estão seguindo os protocolos estabelecidos. Por exemplo, se há protocolo para atendimento de dor torácica, será verificado se todos os passos foram cumpridos: eletrocardiograma, dosagem de enzimas cardíacas, avaliação de risco e conduta adequada. Quando a adesão está baixa, significa que é preciso reforçar o treinamento da equipe.

Os encaminhamentos externos serão acompanhados para verificar sua adequação e necessidade. Nem todo encaminhamento é sinal de problema. Mas se a taxa de encaminhamento para determinada especialidade está muito alta, pode indicar que a equipe precisa de capacitação adicional naquela área ou que faltam recursos diagnósticos na unidade. O indicador ajuda a planejar investimentos em equipamentos e treinamentos.

13.1.3.4 Indicadores Operacionais - Eficiência dos Processos Internos

A operação do Pronto Atendimento depende de diversos processos que precisam funcionar de forma coordenada. Os indicadores operacionais medem se esses processos estão acontecendo conforme planejado.

O cumprimento das escalas de trabalho será monitorado diariamente. O indicador mostrará se todos os profissionais escalados compareceram ao plantão e se foram necessárias substituições de última hora. Ausências frequentes em determinados horários ou dias da semana podem indicar problemas com a escala ou insatisfação da equipe. A gestão precisa agir rapidamente quando identifica esse padrão, conversando com os profissionais e ajustando a escala se necessário.

O dimensionamento de pessoal será avaliado mensalmente comparando o número de atendimentos realizados com o número de profissionais disponíveis. Existe uma relação técnica entre volume de atendimento e necessidade de profissionais. Se a unidade está atendendo 200 pacientes por dia com apenas dois médicos, provavelmente esses profissionais estão sobrecarregados e a qualidade do atendimento pode estar comprometida. O indicador ajuda a justificar pedidos de ampliação da equipe quando necessário.

A disponibilidade de insumos e medicamentos será controlada através de registros diários do estoque. O indicador mostrará quantas vezes houve falta de algum item essencial durante o mês. A meta é zero ocorrências de falta de itens críticos. Quando o indicador aponta falhas, a gestão precisa revisar o processo de compra, o controle de estoque ou a logística de distribuição interna.

O funcionamento dos equipamentos será acompanhado através do registro de manutenções preventivas e corretivas. O indicador mostrará quantos equipamentos apresentaram defeito durante o mês, quanto tempo ficaram parados e se as manutenções preventivas estão sendo realizadas conforme

programação. Equipamento parado significa atendimento prejudicado. A gestão precisa ter fornecedores de manutenção ágeis e peças de reposição disponíveis.

O fluxo de atendimento será medido através do tempo total de permanência do paciente na unidade. Esse tempo começa na chegada e termina na saída, seja por alta, internação ou transferência. O tempo ideal varia conforme a complexidade do caso, mas a média geral não deve ultrapassar 4 horas. Quando o tempo médio está muito alto, significa que há gargalos no processo que precisam ser identificados e corrigidos.

A utilização da capacidade instalada será calculada mensalmente. Se a unidade tem 10 leitos de observação e eles ficam ocupados em média 70% do tempo, significa que há capacidade ociosa que poderia ser melhor aproveitada. Por outro lado, se a ocupação está constantemente acima de 90%, pode indicar necessidade de ampliação da estrutura física.

Os processos administrativos serão auditados mensalmente por amostragem. A equipe administrativa verificará se os registros estão sendo feitos corretamente, se os documentos estão sendo arquivados adequadamente e se os prazos estão sendo cumpridos. Processos administrativos desorganizados geram retrabalho e dificultam a gestão.

13.1.3.5 Indicadores Financeiros - Sustentabilidade e Eficiência no Uso dos Recursos

A gestão financeira precisa ser rigorosa e transparente. Os indicadores financeiros garantem que os recursos públicos estão sendo utilizados de forma adequada e que a operação é sustentável.

A execução orçamentária será acompanhada mensalmente confrontando as despesas realizadas com o orçamento aprovado. O relatório mostrará quanto foi gasto em cada grupo de despesa: pessoal, medicamentos, insumos, serviços terceirizados, manutenção e outros. Essa visão permite identificar rapidamente se alguma categoria de gasto está acima do previsto e tomar medidas corretivas antes que o problema se agrave.

O custo por atendimento será calculado dividindo o custo total mensal pelo número de atendimentos realizados. Esse indicador permite avaliar a eficiência da operação ao longo do tempo. Se o custo por atendimento está aumentando sem justificativa técnica, significa que há desperdício ou ineficiência que precisa ser corrigida. Por outro lado, se o custo está diminuindo mantendo a qualidade, significa que a gestão está conseguindo otimizar recursos.

As despesas assistenciais serão separadas das despesas administrativas para permitir análise mais detalhada. O maior volume de recursos deve estar direcionado para a assistência direta ao paciente: profissionais de saúde, medicamentos, exames e insumos médicos. As despesas administrativas

precisam ser mantidas no mínimo necessário para garantir o funcionamento adequado da estrutura de apoio.

Os contratos com fornecedores e prestadores de serviço serão monitorados mensalmente. O indicador mostrará se os contratos estão sendo cumpridos adequadamente, se os prazos de entrega estão sendo respeitados e se não há aditivos contratuais excessivos. Contratos mal geridos podem gerar gastos desnecessários e comprometer a qualidade dos serviços.

A relação entre custos e resultados assistenciais será analisada trimestralmente. Não adianta gastar bem se os resultados assistenciais são ruins. Da mesma forma, não adianta ter bons resultados se os custos estão insustentáveis. A gestão precisa buscar o equilíbrio entre eficiência financeira e qualidade assistencial. Esse indicador mostra se esse equilíbrio está sendo mantido.

O controle de despesas com pessoal será feito mensalmente verificando se a folha de pagamento está de acordo com o quadro aprovado e se não há horas extras excessivas. Horas extras pontuais são normais e necessárias, mas quando se tornam rotina indicam problema no dimensionamento da equipe ou na organização das escalas.

13.1.3.6 Coleta e Consolidação dos Dados

A coleta de dados precisa ser simples e integrada à rotina de trabalho. Não adianta ter indicadores sofisticados se os profissionais não conseguem alimentar o sistema com as informações necessárias.

Cada setor da unidade terá responsabilidade definida pela coleta de determinados dados. A recepção registrará horários de chegada e classificação inicial. A enfermagem registrará a classificação de risco e os sinais vitais. Os médicos registrarão os procedimentos realizados e os desfechos dos atendimentos. A farmácia registrará a dispensação de medicamentos. O almoxarifado registrará a movimentação de insumos.

Os registros serão feitos preferencialmente em sistemas informatizados que já calculam automaticamente os indicadores. Isso reduz o trabalho manual e diminui a chance de erros. Quando não há sistema informatizado disponível, serão utilizadas planilhas eletrônicas simples que organizam os dados de forma padronizada.

A consolidação dos dados será feita semanalmente por um profissional da equipe administrativa designado para essa função. Esse profissional coletará as informações de cada setor, verificará se há inconsistências e organizará os dados em formato que permita análise posterior. A consolidação semanal evita acúmulo de informações e permite identificar problemas rapidamente.

A verificação da qualidade dos dados será feita mensalmente pela coordenação. Serão checados registros aleatórios para confirmar se as informações estão corretas e completas. Dados incorretos geram indicadores errados que levam a decisões equivocadas. Por isso a qualidade da informação é tão importante quanto a própria coleta.

Os dados históricos serão mantidos em arquivo organizado por pelo menos cinco anos. Esse histórico permite análise de tendências de longo prazo e serve como base para planejamento futuro. Também é necessário para prestação de contas e eventuais auditorias.

13.1.3.7 Análise e Interpretação dos Indicadores

Coletar e consolidar dados é apenas o começo. O trabalho mais importante é analisar os resultados e entender o que eles significam.

A coordenação da unidade fará reunião mensal específica para análise dos indicadores. Nessa reunião estarão presentes o diretor da unidade, o coordenador médico, o coordenador de enfermagem e o coordenador administrativo. Cada um apresentará os indicadores de sua área e todos discutirão os resultados em conjunto.

A análise começará sempre comparando o resultado obtido com a meta estabelecida. Se a meta foi atingida, será verificado se há oportunidade de melhorar ainda mais o resultado. Se a meta não foi atingida, será investigado o motivo do desvio. Importante destacar que meta não atingida não significa automaticamente que houve falha. Pode ter ocorrido alguma situação excepcional que justifique o resultado.

Os resultados serão comparados também com o mês anterior e com o mesmo mês do ano passado. Essa comparação temporal mostra se há tendência de melhora, de piora ou de estabilidade. Uma tendência de piora precisa ser interrompida rapidamente. Uma tendência de melhora deve ser reforçada e ampliada.

A equipe gestora buscará correlações entre diferentes indicadores. Por exemplo, se o tempo de espera aumentou e ao mesmo tempo houve aumento no número de faltas de médicos, a correlação é clara. Se o custo por atendimento aumentou e ao mesmo tempo a resolutividade melhorou, pode significar que investimentos em melhores recursos estão gerando resultados positivos.

As causas dos desvios serão investigadas de forma objetiva. A gestão não pode se contentar com explicações superficiais. Se o indicador de falta de medicamentos mostrou três ocorrências no mês, é preciso saber exatamente quais medicamentos faltaram, por que faltaram e o que pode ser feito para evitar nova falta.

A análise resultará em planos de ação concretos. Não adianta identificar problemas e não fazer nada a respeito. Cada desvio significativo terá um plano de ação associado com responsável definido e prazo estabelecido. O cumprimento desses planos de ação será cobrado na reunião do mês seguinte.

13.1.3.8 Definição e Revisão de Metas

As metas dos indicadores precisam ser realistas e desafiadoras ao mesmo tempo. Metas muito fáceis não estimulam melhoria. Metas impossíveis desmotivam a equipe.

As metas iniciais serão estabelecidas com base em parâmetros técnicos e benchmarks de unidades semelhantes. Por exemplo, a meta de resolutividade pode ser estabelecida em 85% porque esse é um valor considerado adequado para unidades de pronto atendimento. A meta de tempo de espera seguirá os protocolos de classificação de risco já consolidados nacionalmente.

Após três meses de operação, as metas serão revisadas com base nos resultados reais obtidos. Se a unidade está conseguindo atingir facilmente determinada meta, ela será aumentada para estimular melhoria contínua. Se determinada meta está se mostrando inatingível mesmo com todos os esforços, ela será ajustada para patamares mais realistas.

A revisão de metas será discutida com o órgão gestor municipal antes de ser implementada. Não se trata de decisão unilateral da organização social. As metas fazem parte do Contrato de Gestão e qualquer alteração precisa ser acordada entre as partes.

Algumas metas são fixas porque decorrem de normas técnicas ou legais. Por exemplo, o tempo de atendimento de paciente classificado como vermelho é imediato por determinação técnica. Essa meta não pode ser flexibilizada. Outras metas têm margem de ajuste conforme a realidade local e os recursos disponíveis.

As metas serão sempre divulgadas para toda a equipe. Todos precisam saber quais são os objetivos que a unidade está buscando atingir. Isso cria senso de responsabilidade coletiva e permite que cada profissional contribua para o alcance dos resultados.

13.1.3.9 Uso dos Indicadores para Tomada de Decisão Gerencial

Os indicadores só têm valor se forem efetivamente utilizados para orientar decisões práticas do dia a dia.

Quando o indicador de tempo de espera mostra aumento em determinado horário, a decisão pode ser reforçar a escala médica naquele período. Quando o indicador de falta de insumos aponta problema recorrente com determinado fornecedor, a decisão pode ser trocar de fornecedor. Quando o indicador de

eventos adversos mostra aumento de quedas de pacientes, a decisão pode ser intensificar o protocolo de segurança e treinar melhor a equipe.

As decisões baseadas em indicadores têm mais chance de resolver efetivamente os problemas porque partem de diagnóstico correto da situação. Decisões tomadas apenas com base em percepções podem atacar o sintoma sem resolver a causa raiz.

A gestão manterá registro das decisões tomadas com base nos indicadores. Esse registro permite avaliar posteriormente se a decisão foi acertada ou se é necessário ajustar a estratégia. Por exemplo, se foi decidido ampliar a equipe de enfermagem com base no indicador de dimensionamento e após três meses o indicador de tempo de espera não melhorou, significa que o problema não era falta de enfermeiros e sim algum outro gargalo no processo.

As decisões estratégicas de médio e longo prazo também serão baseadas em indicadores. A decisão de investir em determinado equipamento será tomada analisando indicadores de volume de atendimento e de encaminhamentos externos. A decisão de ampliar a estrutura física será baseada em indicadores de ocupação e tempo de permanência.

Os indicadores servirão para priorizar investimentos quando os recursos são limitados. Se é preciso escolher entre investir em capacitação da equipe ou em novos equipamentos, os indicadores mostrarão onde está o maior problema. Se o indicador de adesão a protocolos está muito baixo, provavelmente a prioridade é capacitação. Se o indicador de equipamentos quebrados é alto, a prioridade é renovação do parque tecnológico.

13.1.3.10 Transparência e Prestação de Contas

Os indicadores são instrumentos fundamentais para transparência da gestão e prestação de contas à sociedade.

Relatórios mensais com os principais indicadores serão enviados ao órgão gestor municipal. Esses relatórios terão formato padronizado que facilita a comparação entre períodos diferentes. O município poderá acompanhar mês a mês se a organização social está cumprindo os compromissos assumidos no Contrato de Gestão.

Os indicadores mais relevantes serão divulgados publicamente em painéis instalados na unidade. A população tem direito de saber como está funcionando o serviço que utiliza. Serão divulgados dados como volume de atendimentos, tempo médio de espera, taxa de resolutividade e nível de satisfação dos usuários.

A Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão terá acesso completo a todos os indicadores sempre que solicitar. Essa comissão é

responsável por fiscalizar a execução do contrato e precisa de informações confiáveis para exercer seu papel.

Os conselheiros municipais de saúde também terão acesso aos indicadores nas reuniões ordinárias do conselho. O controle social é parte fundamental do SUS e depende de informação clara e acessível sobre o funcionamento dos serviços.

As auditorias internas e externas utilizarão os indicadores como referência para avaliar a qualidade da gestão. Indicadores bem estruturados facilitam o trabalho dos auditores e demonstram que a organização social tem compromisso com governança e transparência.

13.1.3.11 Capacitação da Equipe para Uso de Indicadores

Não basta ter indicadores bem definidos se a equipe não sabe trabalhar com eles.

A organização social realizará treinamento inicial para todos os profissionais sobre a importância dos indicadores e como cada um contribui para sua alimentação. Esse treinamento não será uma palestra longa e teórica. Será uma conversa prática mostrando exemplos reais de como os indicadores ajudam a melhorar o trabalho.

Os profissionais responsáveis pela coleta e consolidação de dados receberão treinamento específico mais aprofundado. Esse treinamento incluirá aspectos técnicos do preenchimento de planilhas, verificação de consistência de dados e elaboração de relatórios básicos.

A equipe gestora receberá capacitação sobre análise e interpretação de indicadores. Não basta saber ler uma tabela ou um gráfico. É preciso entender o que os números significam, como identificar tendências e como transformar informação em ação.

Periodicamente serão realizadas reciclagens sobre o tema. O trabalho com indicadores evolui com o tempo. Novos indicadores podem ser incluídos, metodologias podem ser ajustadas e a equipe precisa estar sempre atualizada.

A gestão incentivará que os próprios profissionais sugiram novos indicadores quando identificarem necessidade. Quem está na linha de frente muitas vezes percebe questões importantes que a gestão não está enxergando. Criar canal para essas sugestões demonstra valorização da equipe e pode resultar em melhorias significativas no sistema.

13.1.3.12 Integração com Outros Sistemas de Gestão

Os indicadores de desempenho não funcionam isoladamente. Eles fazem parte de um sistema mais amplo de gestão da qualidade.

Os indicadores estarão integrados ao Programa de Qualidade da unidade. Quando um indicador mostra resultado insatisfatório, isso pode disparar um processo de melhoria dentro do programa de qualidade. Por exemplo, se o indicador de eventos adversos aumenta, o comitê de qualidade investiga o problema e propõe melhorias nos processos.

A gestão por processos utilizará os indicadores para medir a eficiência de cada processo mapeado. Um processo bem desenhado deve resultar em bons indicadores. Se os indicadores mostram problemas, pode significar que o processo precisa ser redesenhado.

O planejamento estratégico da organização social será orientado pelos indicadores. As metas de longo prazo precisam estar alinhadas com a capacidade demonstrada pelos indicadores atuais. Não adianta estabelecer meta de dobrar o volume de atendimentos se os indicadores mostram que a estrutura já está no limite da capacidade.

Os indicadores alimentarão também o sistema de gestão de riscos. Indicadores que mostram tendência de piora podem sinalizar riscos futuros que precisam ser mitigados antes que se tornem problemas graves.

A ouvidoria utilizará indicadores de satisfação do usuário como termômetro da qualidade percebida pela população. Quando a satisfação cai, a ouvidoria intensifica a escuta dos usuários para entender melhor suas queixas e expectativas.

13.1.3.13 Benchmarking e Comparações Externas

Comparar os indicadores da unidade com outras unidades semelhantes é prática importante para identificar oportunidades de melhoria.

A organização social buscará estabelecer parcerias com outras unidades de pronto atendimento para troca de experiências e comparação de indicadores. Essas comparações não têm caráter competitivo, mas de aprendizado mútuo. Se outra unidade está conseguindo tempo de espera menor, é importante conhecer as práticas que estão gerando esse resultado.

Os indicadores também serão comparados com parâmetros nacionais quando disponíveis. O Ministério da Saúde e outras instituições publicam periodicamente dados sobre o desempenho de serviços de urgência e emergência. Essas referências ajudam a entender se a unidade está acima, dentro ou abaixo da média nacional.

As boas práticas identificadas em outras unidades serão adaptadas para a realidade local. Não se trata de copiar modelos prontos, mas de aprender com quem está obtendo bons resultados e ajustar as soluções para as características específicas da unidade.

A participação em redes e fóruns técnicos permitirá acesso a conhecimento atualizado sobre gestão de indicadores em serviços de saúde. O campo da gestão em saúde está em constante evolução e a organização social precisa se manter atualizada.

13.1.3.14 Tecnologia e Sistemas de Informação

O uso de tecnologia adequada facilita muito o trabalho com indicadores e reduz a carga de trabalho manual.

A unidade terá sistema informatizado de prontuário eletrônico que já calcula automaticamente diversos indicadores assistenciais. O sistema registrará automaticamente horário de chegada, horário de atendimento, procedimentos realizados, medicamentos dispensados e desfecho do atendimento. Com esses dados, o sistema gera os indicadores sem necessidade de digitação adicional.

O sistema de gestão de estoque estará integrado ao sistema de indicadores para fornecer informações sobre disponibilidade de insumos e medicamentos. Quando o estoque de determinado item chega no ponto de reposição, o sistema emite alerta automático.

Painéis gerenciais eletrônicos permitirão que a coordenação acompanhe em tempo real os principais indicadores operacionais. O coordenador poderá consultar a qualquer momento quantos pacientes estão aguardando atendimento, quantos estão em atendimento e quantos estão em observação.

Os relatórios gerenciais serão gerados automaticamente pelo sistema ao final de cada mês. A equipe precisará apenas revisar os dados, fazer os comentários pertinentes e encaminhar ao órgão gestor.

O sistema permitirá acesso remoto seguro para que o órgão gestor possa consultar os indicadores quando necessário. Essa transparência em tempo real fortalece a relação de confiança entre a organização social e o município.

13.1.3.15 Melhoria Contínua Baseada em Indicadores

O sistema de indicadores será revisado periodicamente para garantir que continua atendendo às necessidades da gestão.

Semestralmente a equipe gestora avaliará se os indicadores atuais são suficientes ou se é necessário incluir novos. Mudanças no perfil de atendimento, na estrutura da unidade ou nas exigências contratuais podem demandar criação de novos indicadores.

Indicadores que não estão sendo utilizados para tomada de decisão serão descontinuados. Não faz sentido manter a coleta de dados que ninguém analisa ou utiliza. Isso gera trabalho desnecessário e desvia energia que poderia estar focada em indicadores mais relevantes.

A metodologia de cálculo dos indicadores será revisada quando necessário para garantir que reflete adequadamente a realidade que se quer medir. Às vezes a forma de calcular o indicador precisa ser ajustada porque a fórmula original não está captando corretamente o fenômeno.

As metas serão revistas anualmente com base nos resultados acumulados e nas mudanças de contexto. Metas que foram definidas no início da operação podem precisar de ajuste após um ano de funcionamento quando já há histórico suficiente de desempenho.

O processo de coleta de dados será constantemente aprimorado para reduzir retrabalho e facilitar o trabalho dos profissionais. Formulários podem ser simplificados, sistemas podem ser melhorados e processos podem ser otimizados com base na experiência prática.

13.1.3.16 Considerações Finais

A implantação de sistema robusto de indicadores de desempenho é compromisso da organização social com a gestão eficiente, transparente e focada em resultados. Os indicadores não são meros instrumentos burocráticos de prestação de contas. São ferramentas práticas de gestão que orientam decisões cotidianas e permitem melhoria contínua dos serviços.

O sucesso do sistema depende do envolvimento de toda a equipe. Desde o profissional que registra os dados até o gestor que analisa os resultados, todos têm papel fundamental. A cultura de gestão baseada em evidências será construída gradualmente através de treinamento, comunicação clara e demonstração prática dos benefícios.

A transparência dos indicadores fortalece a confiança da população no serviço e permite controle social efetivo. Quando a comunidade pode acompanhar o desempenho da unidade, ela se torna parceira da gestão na busca por qualidade e eficiência.

A integração entre indicadores assistenciais, operacionais e financeiros garante visão completa e equilibrada da gestão. Não se trata de priorizar números em detrimento do cuidado humano, mas de usar informações objetivas para garantir que cada paciente receba o melhor atendimento possível com os recursos disponíveis.

O Pronto Atendimento Municipal será gerido com profissionalismo, baseado em informações concretas, orientado por metas claras e comprometido com resultados que beneficiem a população de Colina/SP. Os indicadores de desempenho são instrumentos essenciais para alcançar esse objetivo.

13.1.4 Sistemas de Informação em Saúde

13.1.4.1 Finalidade dos Sistemas de Informação em Saúde

Os Sistemas de Informação em Saúde no Pronto Atendimento Municipal têm função essencial na rotina assistencial e administrativa da unidade. O registro adequado das informações permite que a equipe tenha acesso rápido ao histórico do paciente. Isso evita repetições desnecessárias de exames e melhora a continuidade do atendimento.

Na prática diária, os sistemas funcionam como base para todas as decisões clínicas e gerenciais. Quando um paciente retorna à unidade, o médico consegue visualizar os atendimentos anteriores. Essa consulta é feita em poucos segundos direto no computador da sala de atendimento. O enfermeiro também acessa essas informações durante a classificação de risco. Dessa forma, a equipe trabalha com dados concretos e não depende apenas do relato verbal do usuário.

A gestão por indicadores depende diretamente da qualidade dos registros realizados. O coordenador da unidade acompanha diariamente quantos pacientes foram atendidos, qual foi o tempo médio de espera e quantos casos foram transferidos para outros serviços. Esses dados aparecem em painéis atualizados automaticamente pelo sistema. Não é necessário fazer contagens manuais ou planilhas separadas. O próprio sistema gera as informações conforme os atendimentos são registrados.

A integração com os sistemas oficiais do SUS acontece de forma programada. Os dados do Pronto Atendimento Municipal são transmitidos para as bases nacionais seguindo cronogramas estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Essa transmissão garante que a produção da unidade seja computada oficialmente. A equipe administrativa fica responsável por conferir se os envios foram realizados corretamente. Quando há alguma inconsistência, o sistema emite alertas que precisam ser tratados antes do fechamento mensal.

As informações registradas também servem para a tomada de decisão rápida em situações do dia a dia. Se a recepção percebe que a sala de observação está próxima da capacidade máxima, essa informação fica visível no painel de gestão de leitos. O enfermeiro coordenador pode então acionar protocolos de alta responsável ou solicitar transferências com mais agilidade. Tudo isso acontece porque o sistema mantém registro atualizado da ocupação em tempo real.

A prestação de contas ao órgão gestor também se apoia fortemente nos sistemas de informação. Mensalmente, são extraídos relatórios consolidados que demonstram a produção assistencial realizada. Esses documentos são enviados junto com as informações financeiras e administrativas. A conferência dos dados é feita pela coordenação antes do envio oficial. Quando surgem

dúvidas sobre algum atendimento específico, é possível localizar o prontuário eletrônico correspondente e verificar todos os detalhes do caso.

13.1.4.2 Diretrizes para Utilização dos Sistemas de Informação

A utilização dos sistemas de informação no Pronto Atendimento Municipal segue diretrizes claras que orientam o trabalho de todos os profissionais. A confiabilidade dos dados começa no momento do registro. Cada profissional é responsável por inserir informações corretas e completas no sistema. Não se aceita registro retroativo sem justificativa documentada. Quando um atendimento é realizado, o lançamento no sistema deve acontecer no mesmo plantão.

A integridade das informações é protegida por mecanismos automáticos do sistema. Campos obrigatórios não permitem que o registro seja finalizado sem preenchimento. Isso evita prontuários incompletos. Alguns dados são validados automaticamente, como números de documentos e códigos de procedimentos. Quando há erro de digitação, o próprio sistema aponta a inconsistência antes de gravar a informação.

A segurança da informação é tratada com rigor desde o primeiro dia de funcionamento. Cada profissional recebe login e senha individuais. Não se compartilha credenciais de acesso em nenhuma hipótese. O sistema registra automaticamente quem acessou cada prontuário e em que horário. Essas informações ficam disponíveis para auditoria sempre que necessário. A confidencialidade dos dados dos pacientes é reforçada em todas as capacitações da equipe.

Os computadores da unidade têm bloqueio automático após período de inatividade. Isso impede que pessoas não autorizadas acessem informações enquanto o profissional está temporariamente afastado da estação de trabalho. As telas são posicionadas de forma que pacientes e acompanhantes não consigam visualizar dados de outros usuários durante o atendimento. Essa organização física complementa as proteções eletrônicas do sistema.

A padronização dos registros acontece por meio de protocolos internos. Existe um manual de utilização do sistema que orienta como preencher cada campo. Abreviações não padronizadas são evitadas. Os diagnósticos seguem a Classificação Internacional de Doenças. Os procedimentos realizados são registrados usando tabela oficial do SUS. Essa uniformização facilita a geração de relatórios e a comparação de dados entre diferentes períodos.

A integração com os sistemas oficiais do SUS é verificada periodicamente pela equipe administrativa. Além da transmissão automática, há conferência manual de amostras de registros. Quando o sistema nacional apresenta instabilidade, os dados ficam armazenados localmente até que seja possível fazer o envio. A equipe técnica de informática monitora essas pendências para evitar acúmulo de informações não transmitidas.

O acesso controlado por perfil de usuário garante que cada profissional visualize apenas as informações necessárias para seu trabalho. Médicos têm acesso completo aos dados clínicos. A recepção visualiza informações cadastrais e de agendamento, mas não acessa detalhes dos atendimentos. O faturamento trabalha com dados agregados de produção, sem identificação nominal dos pacientes. Essa segmentação protege a privacidade dos usuários.

As informações geradas pelo sistema são utilizadas ativamente para gestão. Reuniões semanais da coordenação analisam indicadores de desempenho. Quando se identifica aumento no tempo de espera, são tomadas medidas corretivas. A melhoria contínua dos processos se baseia em dados reais do sistema. Não são apenas números para cumprir obrigações contratuais. As informações servem efetivamente para aprimorar o atendimento.

A conformidade com a legislação vigente, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados, é tratada de forma estruturada. Existe um responsável técnico designado para questões de proteção de dados pessoais. Os contratos com fornecedores de sistemas incluem cláusulas específicas sobre tratamento de informações sensíveis. A equipe recebe orientações periódicas sobre seus deveres relacionados à LGPD. Casos de vazamento ou uso inadequado de informações são tratados com rigor administrativo.

13.1.4.3 Prontuário Eletrônico do Paciente

O Prontuário Eletrônico do Paciente é a ferramenta central de registro no Pronto Atendimento Municipal. Todo atendimento realizado na unidade gera um registro eletrônico. Não se utiliza mais prontuários em papel para registro assistencial. A transição para o formato eletrônico traz ganhos importantes de organização e segurança.

O registro completo do atendimento começa na recepção. O paciente é cadastrado no sistema com seus dados pessoais e documentos. Se for atendimento de retorno, o sistema localiza automaticamente o cadastro anterior. Isso evita duplicidade de registros. O número do Cartão SUS é utilizado como identificador principal. Quando o paciente não possui o cartão, utiliza-se o CPF como alternativa.

Na classificação de risco, o enfermeiro registra os sinais vitais e a queixa principal diretamente no prontuário eletrônico. O sistema aplica automaticamente o Protocolo de Manchester. A cor da pulseira é determinada pelo próprio sistema com base nas informações inseridas. O enfermeiro pode ajustar a classificação quando julgar necessário, mas essa alteração fica registrada com justificativa. Todo o processo leva poucos minutos e gera um histórico acessível para consultas futuras.

Durante a consulta médica, o profissional tem acesso imediato ao histórico clínico do paciente. Aparece na tela a lista de todos os atendimentos

anteriores realizados na unidade. O médico pode abrir qualquer registro prévio e verificar diagnósticos, medicações prescritas e exames solicitados. Essa visualização rápida evita repetições desnecessárias e melhora a qualidade da decisão clínica.

O registro da evolução médica segue estrutura padronizada no sistema. Há campos específicos para anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica e conduta. O médico digita as informações de forma narrativa, sem formulários rígidos que limitam a descrição clínica. Ao mesmo tempo, alguns dados estruturados são obrigatórios, como sinais vitais e CID do diagnóstico. Essa combinação garante liberdade para o registro clínico e também padronização para fins estatísticos.

A prescrição de medicamentos é feita dentro do próprio prontuário eletrônico. O sistema possui cadastro completo dos medicamentos disponíveis na farmácia da unidade. O médico seleciona o medicamento, define dose, via de administração e frequência. A prescrição é enviada eletronicamente para a farmácia. Não há risco de erro por letra ilegível. A enfermagem também visualiza a prescrição no sistema e registra os horários de administração conforme realiza cada medicação.

Os exames solicitados ficam todos registrados no prontuário. Quando o resultado fica pronto, é anexado eletronicamente ao atendimento correspondente. O médico recebe notificação automática quando um exame solicitado tem resultado disponível. Essa integração acelera a conduta e reduz o tempo de permanência do paciente na unidade. Não é necessário buscar laudos impressos ou fazer ligações para o laboratório.

O desfecho do atendimento também é registrado de forma estruturada. O sistema oferece opções como alta, transferência, internação ou evasão. Para cada desfecho, há campos complementares obrigatórios. Na alta, por exemplo, é preciso registrar orientações ao paciente e medicações prescritas para uso domiciliar. Na transferência, informa-se o destino e o meio de transporte utilizado. Essas informações geram estatísticas precisas sobre o perfil de saída dos pacientes.

A legibilidade do registro eletrônico elimina um problema histórico dos prontuários em papel. Todos os profissionais conseguem ler perfeitamente o que foi escrito pelos colegas. Não há interpretação duvidosa de caligrafias. A comunicação entre os turnos de trabalho fica muito mais clara. O médico do plantão noturno consegue entender exatamente o que foi feito no período da tarde.

O histórico organizado permite análises longitudinais dos casos. Quando um paciente apresenta múltiplas idas ao Pronto Atendimento, é possível identificar padrões. Isso ajuda a equipe a perceber situações que exigem

encaminhamento para acompanhamento ambulatorial. O prontuário eletrônico facilita esse tipo de análise que seria muito trabalhosa com registros em papel.

A redução de erros decorrentes de registros manuais é significativa. Informações como grupo sanguíneo, alergias e comorbidades ficam destacadas automaticamente na tela. O sistema emite alertas quando há prescrição de medicamento para paciente com alergia registrada. Essas proteções eletrônicas aumentam a segurança do paciente. Não substituem a avaliação clínica do profissional, mas funcionam como camada adicional de proteção.

A confidencialidade das informações é garantida pelos mecanismos de controle de acesso já descritos. Adicionalmente, o prontuário eletrônico permite que o paciente solicite relatório de seus atendimentos. Essa transparência reforça a confiança dos usuários no serviço. A pessoa tem direito de saber o que foi registrado sobre sua saúde e pode questionar informações incorretas.

Todos os profissionais envolvidos no atendimento utilizam o prontuário eletrônico. O técnico de enfermagem registra os sinais vitais coletados na observação. O fisioterapeuta documenta as intervenções realizadas. A assistente social anota as orientações fornecidas. Cada categoria profissional tem espaço específico no sistema para seus registros. Isso garante visão multiprofissional do caso.

13.1.4.4 Segurança, Sigilo e Acesso às Informações

A segurança das informações no Pronto Atendimento Municipal é tratada com múltiplas camadas de proteção. O controle começa no momento da contratação de cada profissional. Durante o processo de admissão, são realizadas orientações sobre o uso adequado dos sistemas. O profissional assina termo de confidencialidade comprometendo-se a não divulgar informações de pacientes.

O cadastramento no sistema só acontece após autorização formal da coordenação. Cada perfil de acesso é criado de acordo com a função do profissional. Um médico plantonista tem acesso amplo aos prontuários durante seu horário de trabalho. Um profissional administrativo tem acesso limitado a dados não clínicos. Essa diferenciação é configurada tecnicamente no sistema e revisada periodicamente.

O registro de acessos funciona como ferramenta de auditoria permanente. Toda vez que alguém abre um prontuário, fica gravado: quem acessou, quando acessou e por quanto tempo permaneceu visualizando. Esses logs são analisados mensalmente pela equipe de gestão. Quando se identifica padrão suspeito, como acesso a prontuários sem relação com o trabalho do profissional, é aberta apuração interna.

A proteção contra acessos não autorizados inclui barreiras físicas e eletrônicas. Os computadores ficam em áreas restritas da unidade. Visitantes não circulam livremente por locais onde há estações de trabalho com sistemas abertos. As senhas dos profissionais seguem regras de complexidade. É preciso combinar letras maiúsculas, minúsculas, números e caracteres especiais. A troca de senha é obrigatória a cada três meses.

O sigilo das informações de saúde é responsabilidade de todos os profissionais. Conversas sobre casos clínicos não acontecem em áreas de circulação de público. A equipe é orientada a discutir apenas em salas fechadas ou em espaços reservados aos profissionais. Quando há necessidade de compartilhar informações com outros serviços de saúde, utiliza-se canais formais e protegidos.

A conformidade com a legislação de proteção de dados pessoais está integrada aos processos de trabalho. O sistema de prontuário eletrônico atende aos requisitos técnicos da LGPD. Os dados são armazenados em servidores seguros com backup diário. Existe plano de contingência para casos de incidente de segurança. A equipe sabe como proceder se houver suspeita de vazamento de informações.

Os pacientes são informados sobre como seus dados são tratados. Na recepção, há material explicativo sobre privacidade e proteção de informações pessoais. Quando alguém solicita cópia de seu prontuário, o procedimento é realizado de forma controlada. A entrega só acontece mediante apresentação de documento de identidade. Se um terceiro solicita informações sobre o paciente, é necessária autorização formal por escrito.

A equipe técnica de informática realiza manutenções preventivas regulares nos sistemas. Atualizações de segurança são aplicadas assim que disponibilizadas pelos fornecedores. Testes de invasão são realizados periodicamente para identificar vulnerabilidades. Quando se detecta falha de segurança, a correção é prioritária. O sistema pode inclusive ser temporariamente desativado se houver risco grave.

As cópias de segurança dos dados seguem procedimento rigoroso. Backups são realizados diariamente em horário de menor movimento. As cópias ficam armazenadas em local físico diferente do servidor principal. Mensalmente, testa-se a restauração dos dados para garantir que os backups estão funcionais. Essa rotina protege contra perda de informações por falha técnica.

O descarte de equipamentos segue protocolo específico. Computadores que serão substituídos têm seus discos rígidos completamente apagados antes da destinação final. Não basta deletar os arquivos; é preciso sobrescrever os dados de forma que sejam irrecuperáveis. Empresas especializadas realizam esse serviço e emitem certificado de destruição segura da informação.

13.1.4.5 Integração com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

A integração do Pronto Atendimento Municipal com o CNES é mantida de forma contínua. A atualização cadastral da unidade acontece sempre que há mudança relevante na estrutura física ou nos serviços ofertados. Se a unidade adquire um novo equipamento, essa informação é registrada no CNES dentro do prazo estabelecido. Se há reforma que altera a capacidade instalada, o cadastro é atualizado imediatamente após a conclusão da obra.

A vinculação adequada dos serviços ofertados exige atenção da equipe administrativa. O CNES possui classificações específicas para cada tipo de atendimento. O Pronto Atendimento Municipal está cadastrado com os códigos corretos de serviços de urgência. Quando há inclusão de novo procedimento no rol de atendimentos da unidade, verifica-se se é necessário ajuste no cadastro nacional.

O registro dos profissionais no CNES segue rotina mensal. Todo profissional que inicia trabalho na unidade precisa ser incluído no sistema. A carga horária contratada é informada corretamente. A especialidade e o número de registro no conselho profissional são dados obrigatórios. Quando há desligamento, a baixa no CNES é realizada no mês seguinte ao término do vínculo.

As equipes são organizadas no sistema conforme a legislação específica. Equipes mínimas de plantão são cadastradas respeitando as categorias profissionais exigidas. Essa organização no CNES tem impacto direto na habilitação da unidade para receber recursos federais. Por isso, a conferência dessas informações é feita com rigor pela coordenação.

A coerência entre informações assistenciais e cadastrais é verificada periodicamente. Se o CNES registra que a unidade possui raio X, mas o sistema de prontuário eletrônico não mostra exames radiológicos sendo realizados, há inconsistência a ser investigada. Esse tipo de cruzamento de dados identifica erros de cadastro ou subnotificação de procedimentos.

O atendimento às exigências dos sistemas oficiais do SUS passa pelo CNES. Várias outras bases de dados nacionais consultam informações do CNES para validação. Quando há divergência, podem ocorrer rejeições nos envios mensais de produção. Por isso, a equipe administrativa monitora se não há pendências ou alertas no cadastro da unidade.

A equipe responsável pelo CNES participa de capacitações oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. As regras de cadastramento mudam periodicamente. É importante que os profissionais estejam atualizados sobre os procedimentos corretos. Quando há dúvida sobre como registrar determinada

informação, busca-se orientação junto aos técnicos da SMS antes de fazer lançamento incorreto.

13.1.4.6 Integração com Outros Sistemas Oficiais

O Pronto Atendimento Municipal mantém integração com diversos sistemas oficiais além do CNES. O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS recebe mensalmente os dados de produção da unidade. Esse envio é realizado através de arquivos padronizados gerados automaticamente pelo prontuário eletrônico. A equipe de faturamento confere os arquivos antes da transmissão oficial.

O e-SUS APS também recebe informações quando o Pronto Atendimento realiza atendimentos que devem ser computados na atenção primária. Isso acontece em situações específicas definidas em protocolo municipal. A integração garante que não haja duplicidade de registro. Um mesmo atendimento não pode ser enviado para dois sistemas diferentes simultaneamente.

A Central de Regulação estadual recebe solicitações de transferência originadas no Pronto Atendimento. Quando um paciente precisa de vaga em unidade de maior complexidade, a solicitação é feita eletronicamente. O sistema da unidade está conectado ao sistema da regulação. O médico preenche o formulário digital e envia diretamente. A resposta da central também chega pelo sistema, agilizando o processo.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade recebe notificações de óbitos ocorridos na unidade. Existe fluxo estabelecido para esse tipo de situação. O médico que atesta o óbito preenche eletronicamente a Declaração de Óbito. As informações são transmitidas para a base municipal do SIM. Esse processo garante registro adequado para fins estatísticos e epidemiológicos.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação também está integrado. Quando há atendimento de doença de notificação compulsória, o registro é feito no próprio prontuário eletrônico. O sistema gera automaticamente a ficha de notificação no padrão exigido pelo SINAN. Essa integração reduz retrabalho e agiliza a vigilância epidemiológica.

Os relatórios de produção gerados contemplam informações necessárias para diversos fins. Há relatórios para acompanhamento gerencial interno. Há outros para envio ao órgão gestor municipal. Alguns dados são compartilhados com o Ministério da Saúde através dos sistemas nacionais. Toda essa multiplicidade de demandas é atendida através do sistema integrado.

A compatibilidade entre sistemas é testada regularmente. Quando há atualização em algum sistema nacional, verifica-se se o prontuário eletrônico local continua gerando arquivos no formato correto. Algumas vezes é necessário

ajuste técnico no sistema local. O fornecedor do prontuário eletrônico é acionado para realizar as adequações necessárias.

A consolidação de dados para monitoramento acontece em diferentes níveis. Há consolidação diária para acompanhamento operacional. Há consolidação mensal para fechamento de produção e faturamento. Há consolidação anual para análise de tendências e planejamento. O sistema permite todas essas visões sem necessidade de processos manuais complexos.

13.1.4.7 Relatórios Gerenciais

Os relatórios gerenciais extraídos dos sistemas de informação são ferramentas diárias de trabalho da coordenação. Todo início de plantão, o coordenador acessa painel com resumo do movimento atual. Aparece quantos pacientes estão aguardando atendimento em cada setor. Mostra quantos leitos de observação estão ocupados. Informa se há pacientes aguardando vaga para transferência.

O volume de atendimentos é acompanhado em tempo real. Gráficos mostram a curva de chegada de pacientes ao longo do dia. É possível comparar com o padrão histórico e identificar se está havendo movimento atípico. Quando há aumento súbito de demanda, a coordenação pode acionar profissionais de sobreaviso ou reorganizar a escala interna.

O perfil dos usuários atendidos é analisado mensalmente. Relatórios mostram a distribuição por faixa etária, sexo e bairro de procedência. Identifica-se quais são as queixas mais frequentes. Verifica-se quais especialidades são mais demandadas. Essas informações orientam decisões sobre composição das equipes e necessidade de capacitações específicas.

Os tempos de espera são monitorados com atenção especial. O sistema calcula automaticamente quanto tempo cada paciente aguardou desde a chegada até o primeiro atendimento médico. Esses dados são agrupados por cor de classificação de risco. Pacientes vermelhos e laranjas têm seus tempos acompanhados individualmente. Se algum caso ultrapassa o tempo máximo estabelecido, há alerta automático.

O fluxo assistencial fica visível através de relatórios de processo. Mostra-se quanto tempo em média um paciente permanece na unidade desde a chegada até a alta. Identifica-se em que etapas ocorrem os maiores tempos de espera. Pode ser na classificação de risco, pode ser aguardando consulta médica, pode ser esperando resultado de exame. Com essa informação, atuam-se nos gargalos identificados.

Os indicadores assistenciais são acompanhados segundo metas estabelecidas no contrato de gestão. Taxa de retorno em 24 horas é um exemplo. O sistema identifica automaticamente pacientes que voltaram à unidade no dia

seguinte após alta. Calcula-se o percentual em relação ao total de atendimentos. Se a taxa está acima do esperado, investiga-se se há problema de qualidade da assistência.

Os indicadores operacionais complementam a visão gerencial. Número de evasões é acompanhado de perto. Pacientes que deixam a unidade sem atendimento médico representam risco assistencial e jurídico. O sistema lista esses casos para que possam ser analisados individualmente. Verifica-se se houve falha no acolhimento ou se o tempo de espera foi excessivo.

O acompanhamento de metas contratuais é facilitado pelos relatórios automáticos. O contrato de gestão estabelece diversos indicadores com valores a serem alcançados. O sistema gera mensalmente relatório comparativo entre meta e resultado obtido. Quando há desvio, a coordenação elabora plano de ação corretiva que é apresentado ao órgão gestor.

As informações para apoio à tomada de decisão vão além dos indicadores formais. Relatórios customizados são criados conforme necessidade pontual. Se há discussão sobre ampliar horário de funcionamento de determinado setor, extraem-se dados sobre distribuição de demanda ao longo do dia. Se há dúvida sobre dimensionamento de equipe, analisam-se séries históricas de volume de atendimentos.

A análise comparativa entre períodos é recurso muito utilizado. Compara-se o movimento do mês atual com o mesmo mês do ano anterior. Identifica-se se há sazonalidade nos atendimentos. Períodos de maior demanda por doenças respiratórias são identificados e permitem preparação antecipada de insumos e equipes.

13.1.4.8 Utilização dos Relatórios para Gestão e Tomada de Decisão

A avaliação de desempenho do Pronto Atendimento Municipal acontece de forma estruturada com base nos relatórios gerenciais. Reuniões semanais da equipe de coordenação analisam os principais indicadores. Cada coordenador de área apresenta os dados de seu setor. Discutem-se as variações em relação ao período anterior e em relação às metas estabelecidas.

O monitoramento dos indicadores assistenciais permite intervenções rápidas. Se a taxa de retorno de pacientes em 24 horas aumenta, investiga-se imediatamente a causa. Podem ser analisados prontuários dos casos que retornaram. Verifica-se se houve falha no diagnóstico inicial ou se as orientações de alta foram inadequadas. Com base nessa análise, define-se se é necessário reforço de capacitação da equipe médica.

Os indicadores operacionais também geram ações concretas. Se o tempo médio de permanência na sala de observação está aumentando, busca-se entender o motivo. Pode ser dificuldade para conseguir vagas de internação.

Pode ser demora na liberação de resultados de exames. Identificada a causa raiz, trabalha-se na solução específica.

A identificação de gargalos é facilitada pelos dados do sistema. Quando se percebe que o tempo de espera para atendimento médico está acima do aceitável, verifica-se se é problema de escala de profissionais ou de concentração de demanda em horários específicos. A solução pode ser redistribuição da carga horária dos médicos ou criação de estratégias de agendamento para casos menos urgentes.

As oportunidades de melhoria surgem da análise criteriosa dos dados. Se determinado exame está com prazo de liberação de resultado muito longo, pode-se negociar com o laboratório parceiro ou buscar alternativas. Se há reclamação frequente de usuários sobre determinado aspecto, cruza-se essa informação com dados objetivos do sistema para entender a dimensão real do problema.

As ações corretivas são implementadas com base em evidências concretas. Não se age por impressões ou suposições. Os dados do sistema mostram exatamente onde estão os problemas. Se há setor com tempo de espera inadequado, a intervenção é direcionada especificamente para aquele setor. Não se fazem mudanças generalizadas desnecessárias.

As ações preventivas também se apoiam nos relatórios. Quando se identifica tendência de aumento de determinada demanda, prepara-se a unidade antes que vire problema crítico. Se os dados mostram crescimento de atendimentos por doenças respiratórias, reforçam-se estoques de medicamentos específicos e preparam-se protocolos de manejo rápido desses casos.

O apoio ao cumprimento das metas do contrato de gestão é função essencial dos relatórios. A coordenação acompanha mensalmente se a unidade está dentro das faixas estabelecidas para cada indicador. Quando há risco de não atingir alguma meta, medidas são tomadas imediatamente. Não se espera o fechamento do trimestre para começar a agir.

A comunicação com a equipe sobre os indicadores é feita de forma transparente. Mensalmente, há reunião geral em que são apresentados os resultados alcançados. Os profissionais entendem como seu trabalho individual impacta nos números gerais. Quando há bom desempenho, a equipe é reconhecida. Quando há dificuldades, busca-se solução coletiva.

13.1.4.9 Capacitação das Equipes para Uso dos Sistemas

A capacitação para uso dos sistemas de informação começa antes mesmo do profissional iniciar suas atividades. Durante o processo de integração, há módulo específico sobre o prontuário eletrônico. Essa capacitação inicial dura

aproximadamente quatro horas. Combina explicação teórica com prática supervisionada no próprio sistema.

O treinamento para médicos foca em registro de evolução, prescrição eletrônica e solicitação de exames. Cada função do sistema é demonstrada passo a passo. O profissional pratica em ambiente de testes antes de usar o sistema em atendimentos reais. Há manual de referência rápida disponível em cada consultório médico.

A enfermagem recebe capacitação específica para classificação de risco e registro de procedimentos. Os enfermeiros aprendem como o sistema aplica o Protocolo de Manchester. Entendem como registrar adequadamente as queixas e sinais vitais. Os técnicos de enfermagem são treinados no registro de administração de medicações e acompanhamento de sinais vitais.

A equipe administrativa passa por capacitação sobre cadastro de pacientes e geração de relatórios. Aprendem a conferir dados antes de transmitir para sistemas oficiais. Entendem como extrair informações para prestação de contas. A importância da qualidade do cadastro inicial é reforçada nesse treinamento.

A padronização dos registros é tema central das capacitações. Explica-se porque é importante usar sempre os mesmos termos. Mostra-se como abreviações não padronizadas prejudicam a busca de informações. Ensina-se o uso correto da tabela CID para diagnósticos e da tabela SIGTAP para procedimentos.

A importância da qualidade da informação é trabalhada em todos os treinamentos. Os profissionais entendem que dados incorretos geram decisões equivocadas. Aprendem que registro incompleto pode prejudicar a continuidade do cuidado. Compreendem que informações não lançadas no sistema são informações perdidas.

A segurança e o sigilo dos dados são temas obrigatórios nas capacitações. Todo profissional assina termo de confidencialidade após ser treinado sobre proteção de dados. Casos práticos são apresentados para ilustrar situações de risco. Discute-se o que fazer se houver suspeita de acesso indevido a prontuários.

As atualizações do sistema geram necessidade de capacitações pontuais. Quando há inclusão de nova funcionalidade, a equipe é treinada antes da liberação para uso. Essas capacitações podem ser mais curtas, focadas apenas na novidade. Materiais de apoio são disponibilizados para consulta posterior.

O suporte técnico aos usuários do sistema é organizado em dois níveis. Dúvidas simples de operação são esclarecidas pela equipe administrativa que domina bem o sistema. Problemas técnicos ou dúvidas complexas são

encaminhadas para a empresa fornecedora do software. Há canal direto de comunicação para abertura de chamados.

A capacitação continuada acontece através de reuniões periódicas. Mensalmente, dedica-se parte da reunião de equipe para discutir aspectos do uso do sistema. Compartilham-se boas práticas. Esclarecem-se dúvidas recorrentes. Reforçam-se orientações sobre funcionalidades pouco utilizadas.

13.1.4.10 Monitoramento, Auditoria e Qualidade da Informação

O monitoramento contínuo da qualidade dos registros é realizado pela coordenação técnica. Semanalmente, são sorteados prontuários para análise detalhada. Verifica-se se todos os campos obrigatórios foram preenchidos. Confere-se se as informações estão coerentes entre si. Avalia-se se o registro permite compreender claramente o que foi feito no atendimento.

A auditoria dos prontuários segue metodologia específica. Uma amostra representativa é selecionada a cada mês. Profissional treinado em auditoria analisa cada prontuário segundo checklist padronizado. Identifica-se se há erros de registro. Verifica-se se há procedimentos realizados mas não registrados. Confere-se se as prescrições estão completas e legíveis.

Os resultados da auditoria são consolidados em relatório mensal. Esse documento aponta os principais problemas encontrados. Identifica profissionais ou setores que precisam de reforço de capacitação. Sugere ajustes em processos quando os erros são sistêmicos. O relatório é discutido com a coordenação e com os profissionais envolvidos.

A identificação de inconsistências pode acontecer também através do próprio sistema. Alguns alertas são automáticos. Quando há prescrição de medicamento sem registro do diagnóstico correspondente, o sistema sinaliza. Quando paciente classificado como vermelho tem tempo de espera incompatível, há alerta para revisão do caso.

A correção de inconsistências segue protocolo estabelecido. Informações incorretas não são simplesmente deletadas. Faz-se registro de retificação explicando qual era o dado errado e qual o correto. Essa rastreabilidade é importante para fins de auditoria externa. Não se permite que prontuários sejam alterados sem deixar rastro.

A melhoria contínua dos processos de registro é objetivo permanente. Quando a auditoria identifica erro recorrente, busca-se a causa raiz. Pode ser falha no treinamento. Pode ser interface do sistema pouco intuitiva. Pode ser protocolo interno mal definido. Identificada a causa, implementa-se solução estrutural.

Os indicadores de qualidade da informação são acompanhados mensalmente. Calcula-se o percentual de prontuários com todos os campos

obrigatórios preenchidos. Mede-se o tempo médio entre o atendimento e o registro no sistema. Verifica-se quantos registros foram retificados por erro. Esses indicadores orientam as ações de melhoria.

A devolutiva individual aos profissionais é feita de forma educativa. Quando se identifica profissional com padrão inadequado de registro, a coordenação conversa reservadamente. Explicam-se os problemas encontrados. Oferece-se reforço de capacitação. O objetivo é corrigir, não punir.

As boas práticas identificadas também são compartilhadas. Quando um profissional tem registro de excelente qualidade, isso é reconhecido publicamente. Prontuários bem feitos servem de exemplo para treinamento de novos profissionais. Cria-se cultura de valorização da informação de qualidade.

13.1.4.11 Registro, Rastreabilidade e Prestação de Contas

A rastreabilidade dos atendimentos realizados é garantida pelo sistema desde o primeiro contato do paciente com a unidade. Quando a pessoa chega à recepção, já é gerado um número de protocolo. Esse número acompanha todo o fluxo. Permite localizar rapidamente qualquer informação sobre aquele atendimento específico.

O registro histórico das informações fica mantido indefinidamente no sistema. Mesmo após anos, é possível recuperar dados de atendimentos antigos. Isso é importante para questões judiciais ou administrativas que podem surgir posteriormente. A legislação estabelece prazos mínimos de guarda de documentação médica que são cumpridos rigorosamente.

O suporte à auditoria externa é facilitado pela organização dos dados eletrônicos. Quando há fiscalização do órgão gestor ou do Tribunal de Contas, as informações são localizadas rapidamente. Não é necessário buscar documentos em arquivos físicos. As consultas podem ser feitas diretamente no sistema com uso de filtros avançados.

A fiscalização dos Conselhos Profissionais também é atendida através do sistema. Quando há denúncia sobre atendimento específico, o prontuário eletrônico é disponibilizado às autoridades competentes. A rastreabilidade permite identificar exatamente quem foi o profissional responsável, em que horário o atendimento ocorreu e quais procedimentos foram realizados.

O subsídio à prestação de contas ao órgão gestor acontece mensalmente. São extraídos relatórios consolidados com a produção do período. Esses documentos seguem formato estabelecido no contrato de gestão. Incluem volume de atendimentos por classificação de risco, quantidade de procedimentos realizados, taxa de ocupação de leitos e diversos outros indicadores contratuais.

A transparência na disponibilização de informações é valor da gestão. Os dados do Pronto Atendimento são incluídos nos relatórios públicos de atividades da Organização Social. Respeitando-se o sigilo individual dos pacientes, divulgam-se estatísticas agregadas que demonstram a produção e a qualidade dos serviços prestados.

A governança institucional é reforçada pela organização dos dados. Decisões administrativas têm respaldo em informações concretas. Não há margem para interpretações subjetivas quando os números estão claros. Isso protege tanto a organização quanto o órgão gestor de questionamentos sobre uso adequado dos recursos públicos.

A documentação das excepcionalidades também é cuidadosa. Quando há atendimento em situação incomum, isso fica registrado com detalhes. Por exemplo, se há necessidade de realizar procedimento normalmente não disponível na unidade por se tratar de emergência, toda a justificativa fica documentada. Essa transparência é importante para prestar contas adequadamente.

A implantação dos Sistemas de Informação em Saúde no Pronto Atendimento Municipal representa avanço significativo na qualidade da gestão e da assistência. O prontuário eletrônico eliminou problemas históricos dos registros em papel. As informações ficaram organizadas, legíveis e acessíveis. A segurança dos dados aumentou consideravelmente.

A integração com o CNES e demais sistemas oficiais trouxe agilidade ao trabalho administrativo. Não é mais necessário preencher múltiplas vezes as mesmas informações. O envio de dados para os sistemas nacionais ficou automatizado. Os erros de digitação diminuíram. A qualidade das informações melhorou.

Os relatórios gerenciais transformaram a gestão da unidade. Decisões que antes eram tomadas com base em impressões pessoais agora têm respaldo em dados concretos. Os indicadores permitem acompanhamento em tempo real do desempenho. Problemas são identificados rapidamente e tratados antes de se tornarem críticos.

A gestão por indicadores fortalece o cumprimento das metas contratuais. A Organização Social consegue demonstrar objetivamente os resultados alcançados. O órgão gestor tem transparência total sobre a produção e a qualidade dos serviços. Essa relação baseada em dados concretos beneficia ambas as partes.

A tomada de decisão baseada em evidências eleva o nível técnico da gestão. Não se trabalha mais com suposições ou achismos. As informações



extraídas do sistema mostram exatamente onde estão os problemas e as oportunidades. Os recursos são direcionados para onde realmente fazem diferença.

O cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão fica mais viável quando há acompanhamento constante através dos sistemas. Não se espera o fim do período para descobrir que alguma meta não foi atingida. O monitoramento mensal permite correções de rota. As ações são ajustadas continuamente para garantir os resultados esperados.

A consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde é demonstrada pela integração com todos os sistemas oficiais. O Pronto Atendimento Municipal está inserido na rede de atenção à saúde. As informações fluem adequadamente entre os diferentes níveis de complexidade. O paciente é acompanhado de forma integrada.

A boa gestão pública se evidencia pela organização e transparência das informações. Todos os atendimentos estão registrados. Todos os profissionais são identificados. Todos os procedimentos são rastreáveis. Não há espaço para irregularidades. O controle social é facilitado pela disponibilidade de dados consolidados.

A experiência acumulada na utilização dos sistemas mostra que o investimento em tecnologia da informação traz retorno significativo. A eficiência operacional aumenta. A qualidade assistencial melhora. A satisfação dos profissionais com ferramentas adequadas de trabalho é maior. Os usuários são beneficiados com atendimento mais ágil e seguro.

Os próximos passos incluem aprimoramentos contínuos dos sistemas. Novas funcionalidades são avaliadas constantemente. O feedback dos profissionais usuários orienta as melhorias. O objetivo é manter o sistema sempre alinhado com as necessidades práticas da rotina de trabalho.

A capacitação permanente das equipes garante que todos saibam utilizar plenamente os recursos disponíveis. Sistemas sofisticados só geram valor quando as pessoas dominam seu uso. Por isso, o investimento em treinamento é tão importante quanto o investimento em tecnologia.

A segurança das informações continuará sendo prioridade absoluta. As ameaças cibernéticas evoluem constantemente. Os sistemas precisam ser atualizados regularmente. Os profissionais precisam estar sempre alertas. A proteção dos dados dos pacientes é responsabilidade que não admite falhas.

O Pronto Atendimento Municipal se consolida como unidade de referência também pela excelência no uso de sistemas de informação. Outras unidades buscam conhecer as práticas adotadas. A experiência acumulada é compartilhada visando o aprimoramento da gestão em saúde em toda a região.



A transformação digital na saúde é realidade irreversível. O Pronto Atendimento Municipal está preparado para acompanhar essa evolução. Os sistemas implantados têm capacidade de expansão. Novas tecnologias podem ser integradas conforme se tornem disponíveis e viáveis.

A satisfação dos usuários com o atendimento recebido tem relação direta com a qualidade dos registros e da gestão da informação. Quando o sistema funciona bem, o paciente percebe. O atendimento fica mais rápido. Os dados dele não se perdem. A continuidade do cuidado é garantida. Essa é a maior prova de que os sistemas de informação cumprem seu papel.

13.2 Tempo de uso do sistema de prontuários eletrônicos em Unidades de Saúde

Para atendimento ao item “Tempo de uso do sistema de prontuários eletrônicos em Unidades de Saúde”, a Solution Gestão Pública apresenta atestados de capacidade técnica que comprovam a utilização contínua de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) no contexto da gestão de Unidades de Saúde, em consonância com as exigências do edital.

Os atestados apresentados referem-se à atuação da Solution Gestão Pública nos municípios de Ouroeste, Colina, Ocaucu, Presidente Alves, Álvaro de Carvalho e Avaí, os quais demonstram, de forma objetiva e documental, a experiência da instituição na gestão de unidades assistenciais com adoção de sistemas informatizados de prontuário eletrônico.

A documentação comprova que a Solution Gestão Pública utiliza o Prontuário Eletrônico do Paciente como ferramenta estruturante de gestão assistencial e administrativa, abrangendo o registro clínico, rastreabilidade das informações, integração multiprofissional, monitoramento de indicadores assistenciais, suporte à tomada de decisão e atendimento aos princípios de segurança da informação e continuidade do cuidado, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, resta evidenciada a experiência consolidada da Solution Gestão Pública no uso de sistemas de prontuário eletrônico em Unidades de Saúde, atendendo plenamente ao critério de avaliação relativo ao tempo de uso do Prontuário Eletrônico do Paciente, conforme previsto no edital, reforçando a capacidade técnica, operacional e gerencial da instituição para a execução do objeto do presente chamamento público.



DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO EM SAÚDE COM QUALIDADE

SEDIADA NA PRAÇA VERDE LIMA GUIMARÃES, Nº 501, NO BAIRRO CENTRO, NA CIDADE DE PRESIDENTE ALVES/SP, CEP: 16.670-000. INSCRITA NO CNPJ: 17.795.008/0001-94 E NO CREMEN/SP SOB O Nº: 999467. FUNDAÇÃO: 07 DE JANEIRO 2013.

CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**Contrato nº.: 003/2025**

Como **CONTRATANTE** a organização da sociedade civil **HOSPITAL JOÃO VELOSO**, localizado na Av. dos Bandeirantes, 1026 - Centro, Ouroeste - SP, 15685-000, administrado pela "**SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**", pessoa Jurídica, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ nº 17.795.008/0001-94, situada e estabelecida na Praça Verde Lima Guimarães, nº, 501, Bairro: Centro, CEP: 16.670-000, na cidade de Presidente Alves, Estado de São Paulo, neste ato representado pelo presidente, PROF. Msc. Dr. JOSÉ GERALDO NEVES FILHO, maior, brasileiro, casado, identificado pelo documento de Registro Geral – RG: 25.337.634-8 SSP/SP, inscrito no Cadastro de Pessoa Física – CPF: 145.736.988-50, residente e domiciliado na Alameda Polônia, nº, 666, Bairro: City Barretos, CEP: 14784-039, na cidade de Barretos, Estado de São Paulo, e, de outro lado, como **CONTRATADA**, a empresa **MARTINEZ & CARVALHO SOFTWARE LTDA**, CNPJ nº 14.908.157/0001-24, Telefone: (17) 3411-1444, localizado na Rua Carmem Rodrigues Bassi, nº 1500 - Parque Cidade Jardim, Votuporanga - SP, 15503-538, firmam entre si, justo e contratado, os quais livremente e de comum o presente, mediante as cláusulas e condições a seguir:

1. DO OBJETO:

1.1. Constitui objeto do presente contrato, a prestação de serviços com o fornecimento do "SIS SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE", via sistema Fiorilli Software, no Hospital João Veloso, da cidade de OUROESTE/SP.

2. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

- 2.1.** Todo o serviço prestado deverá submeter-se ao controle de qualidade exigido pela **CONTRATANTE**, segundo o estabelecido pelo Sistema de Qualidade da mesma, cujas disposições ficam fazendo parte integrante deste. Qualquer prestação que não preencha tais exigências deverão ser substituídos pela **CONTRATADA**, a quem competirá refazer todos os serviços necessários para essa substituição, sem qualquer ônus para a **CONTRATANTE**.
- 2.2.** A **CONTRATADA** fica única, exclusiva e totalmente responsável pelo recolhimento nos prazos legais de todos os encargos sociais, previdenciários, trabalhistas, fundiários, fiscais e



DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO EM SAÚDE COM QUALIDADE

SEDEADA NA PRAÇA VERDE LIMA GUIMARÃES, Nº 501, NO BAIRRO CENTRO, NA CIDADE DE
PRUDENTE ALVENS, CEP: 13.070-000 INSCRITA NO CNPJ: 27.295.008/0001-94 E NO CREMENº SOB
O Nº: 99987 FUNDADAÇÃO: 07 DE JANEIRO 2013

outros decorrentes da presente contratação e sua execução, em quaisquer esferas: privadas, federal, estadual e municipal.

- 2.2.1. Executar o objeto deste contrato em conformidade com o especificado na cláusula primeira e atender todas às cláusulas contratuais, requisições e determinações da **CONTRATANTE**.
- 2.2.2. Fica obrigada a ressarcir eventuais prejuízos pela execução inadequada do objeto contratado.
- 2.3. Caso haja imprevisto, ou fato superveniente que altere significativamente a correspondência entre os encargos da **CONTRATADA** e a remuneração por parte da **CONTRATANTE**, que impossibilite a entrega do objeto, e esse desequilíbrio não for dado causa pela **CONTRATADA**, poderá, ocorrer o realinhamento de preços, desde que justificado e comprovado o aumento através de notas e/ou documentos fiscais.
- 2.4. A **CONTRATANTE**, no cumprimento deste contrato, se obriga a proporcionar à **CONTRATADA** todas as condições necessárias ao pleno cumprimento das obrigações constantes na proposta, a qual faz parte integrante deste contrato.
 - 2.4.1. Fornecer a **CONTRATADA** as informações e os documentos necessários à execução do objeto contratado.
 - 2.4.2. Receber os serviços.
 - 2.4.3. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**, através de servidor designado.
 - 2.4.4. Efetuar o pagamento no prazo previsto.

3. DO PRAZO CONTRATUAL:

- 3.1. O contrato terá prazo de vigência de 03 (três) meses, com início em 01/03/2025 e término em 01/06/2025, podendo ser prorrogado nos termos da lei.
- 3.2. Toda prorrogação contratual se fará mediante formalização de termo aditivo ao contrato.
- 3.3. Decorridos 12 (doze) meses do contrato, em caso de prorrogação de prazo, o valor originalmente ajustado poderá ser corrigido pelo índice INPC ou outro índice oficial que a este venha substituir.

4. DA FORMA E LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

5. Os serviços prestados serão realizados mediante orientação e responsabilidade técnica do **CONTRATADO**, nas dependências do Hospital João Veloso, Município de OUROESTE/SP, de conformidade com os cronogramas de execução dos serviços,



DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO EM SAÚDE COM QUALIDADE

SEDE: PRACA VERDE LIMA GUIMARÃES, Nº 501, NO BAIRRO CENTRO, NA CIDADE DE PRESIDENTE ALVES, CEP: 13.070-000, INSCRITA NO CNPJ: 27.795.008/0001-94 E NO CREMEN: SOB O Nº: 999467, FUNDAÇÃO: 07 DE JANEIRO 2013

estabelecido de comum acordo entre as partes contratantes, devendo sempre ser respeitado e priorizado as necessidades da CONTRATANTE.

6. DA REMUNERAÇÃO E DO PAGAMENTO:

6.1. O valor do material a ser fornecido pela CONTRATADA será de **RS 1.730,00 (um mil, setecentos e trinta reais)**, mensais, com o valor global de **RS 5.190,00 (cinco mil cento e noventa reais)**.

6.1.1. No preço contratado estão inclusos todos os custos diretos e indiretos relativos à prestação dos serviços objeto do contrato, inclusive despesas com deslocamentos, bem como todos os encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, securitários, tributários e comerciais, ou quaisquer outros custos e encargos decorrentes ou que venham a ser devido em razão da prestação dos serviços.

6.1.2. O pagamento será efetuado mensalmente, após 30 (trinta) dias da assinatura desse instrumento e em até 10 (dez) dias após o faturamento da prestação dos serviços, mediante apresentação de nota fiscal eletrônica de prestação de serviço, devidamente atestada pelo responsável do Hospital João Veloso, por sua gestão e acompanhamento, a ser enviada em conformidade com o "Art. 7º - Deverão, obrigatoriamente, emitir nota fiscal eletrônica – NF-e modelo 55, em substituição à nota fiscal, modelo 1 ou 1-A, independente da atividade econômica exercida".

6.1.3. O pagamento será procedido através de ordem Bancária, creditado na instituição bancária indicada pela CONTRATADA.

6.1.4. Em caso de devolução da documentação fiscal para correção, o prazo para pagamento fluirá a partir de sua representação.

7. DA RESCISÃO CONTRATUAL:

7.1. Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo pela empresa sem nem um ônus, já a CONTRATADA deverá realizar um comunicado com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, caso a CONTRATANTE não receba o comunicado, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias a CONTRATADA deverá pagar uma multa de rescisão contratual correspondente a **40% sobre o valor global do contrato**.

7.2. O pagamento da multa prevista na cláusula anterior não exime a CONTRATADA de ressarcir a CONTRATANTE de eventuais perdas e danos causados pela rescisão.



DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO EM SAÚDE COM QUALIDADE

SEDEADA NA PRAÇA VERDE LIMA GUIMARÃES, Nº 501, NO BAIRRO CENTRO, NA CIDADE DE
PRUDENTE ALVENY, CEP: 13.070-000 INSCRITA NO CNPJ: 17.795.008/0001-94 E NO CREMENI Nº 08
O Nº: 999467 FUNDADAÇÃO: 07 DE JANEIRO 2013

7.3. O descumprimento de qualquer das cláusulas prevista neste instrumento ensejará a aplicação da multa prevista na cláusula 7.1 deste instrumento.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS:

8.1. Independente das multas previstas neste contrato, também será cobrado eventuais perdas e danos, bem como o pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, desde de já fixados em 20% (vinte por cento) sobre o valor econômico obtido na demanda, da parte que der causa ao ajuizamento de ação judicial.

8.2. Fica a proposta vencedora fazendo parte integrante deste contrato para todos os fins.

9. DO FORO:

9.1. As partes elegem o foro da Comarca de Ouroeste, Estado de São Paulo para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes deste contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para único efeito, conjuntamente com 02(duas) testemunhas para que se produzam os jurídicos e legais efeitos, comprometendo-se as partes a cumprir e fazer cumprir o presente, por si e seus sucessores em juízo ou fora dele.

Ouroeste-SP, 01 de março de 2025.



SOLUTION GESTÃO PÚBLICA

CNPJ:17.795.008/0001-94

LEONARDO DE CARVALHO Assinado de forma digital por LEONARDO
DE CARVALHO MARTINEZ:35589854865
MARTINEZ:35589854865 Dados: 2025.02.27 16:37:17 -03'00'

LEONARDO DE CARVALHO MARTINEZ
SÓCIO ADMINISTRADOR



DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO EM SAÚDE COM QUALIDADE

SEDIADA NA PRAÇA VERDE LIMA GUIMARÃES, Nº 501, NO BAIRRO CENTRO, NA CIDADE DE
PRINCIDENTE ALVES, CEP 16.070-000, INSCRITA NO CNPJ 27.739.008/0001-94 E NO CREMENI Nº 08
O Nº: 999467 FUNDADAÇÃO: 07 DE JANEIRO 2013

TESTEMUNHAS:

TATIANE SECUNDINO SALES Assinado de forma digital por TATIANE
SECUNDINO SALES DOS SANTOS:28529844823
Data: 2025.02.27 16:40:40 -03'00'
DOS SANTOS:28529844823

1ª Testemunha: _____

2ª Testemunha: _____



SOLUTION
GESTÃO PÚBLICA

TERCEIRO TERMO ADITIVO CONTRATUAL
CONTRATO DE SOFTWARE Nº 003/2025

Pelo presente instrumento particular, as partes:

CONTRATANTE: HOSPITAL JOÃO VELOSO, localizado na Avenida dos Bandeirantes, nº 1026, Centro, Ouroeste – SP, CEP 15685-077, administrado por SOLUTION GESTÃO PÚBLICA, inscrita no CNPJ nº 17.795.008/0001-94, neste ato representado por seu presidente, Prof. Msc. Dr. JOSÉ GERALDO NEVES FILHO.

CONTRATADA: MARTINEZ & CARVALHO SOFTWARE LTDA, com sede na Rua Carmem Rodrigues Basi, nº 1500, Parque Cidade Jardim, Votuporanga – SP, CEP 13503-538, inscrita no CNPJ nº 14.908.157/0001-24, neste ato representada por seu Sócio Administrador, Sr. LEONARDO DE CARVALHO MARTINEZ.

As partes acima qualificadas resolvem, de comum acordo, aditar o Contrato de Software nº 003/2025, mediante as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente termo aditivo tem por objeto a prestação de serviços com o fornecimento do “SIS – Sistema Integrado de Saúde”, via sistema Fiorilli Software, no Hospital João Veloso, localizado na cidade de Ouroeste – SP.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

A vigência do contrato fica prorrogada até 28 de fevereiro de 2026, compreendendo o período de 01 de outubro de 2025 a 28 de fevereiro de 2026, mantendo-se todas as demais cláusulas e condições pactuadas originalmente.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO

O valor mensal da locação permanece em R\$ 1.730,00 (um mil, setecentos e trinta reais), para o período prorrogado de dois meses.

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do contrato original e dos aditivos anteriores que não foram expressamente modificadas por este instrumento, permanecendo válidas e eficazes.

CLÁUSULA QUINTA – DAS CONDIÇÕES GERAIS

E por estarem assim justas e contratadas, as partes mandam elaborar o presente instrumento, que foi lido e achado conforme, ao qual conferem plena e irrevogável validade, depois de rubricado em todas as folhas, na presença de testemunhas que a tudo assistiram.

Ouroeste – SP, 23 de setembro de 2025

CONTRATANTE:	SOLUTION GESTAO PUBLICA:1779500800194 SOLUTION GESTÃO PÚBLICA Representante: Prof. Msc. Dr. JOSÉ GERALDO NEVES FILHO	Assinado eletronicamente pelo(a) assinante LEONARDO DE CARVALHO MARTINEZ Assinatura: 2025.09.23 11:04:07 010F
CONTRATADA:	LEONARDO DE CARVALHO MARTINEZ:35589854865 MARTINEZ & CARVALHO SOFTWARE LTDA Representante Legal: LEONARDO DE CARVALHO MARTINEZ	Assinado de forma digital por LEONARDO DE CARVALHO MARTINEZ:35589854865 Data: 2025.09.23 11:04:07 010F

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____ CPF: _____
 2. Nome: _____ CPF: _____

DE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 16.870-000 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE

CNPJ: 17.795.008/0001-94

CREMESP: 999467

solutionosc@gmail.com

www.solutiongestaopublica.com.br**DECLARAÇÃO**

Eu, **Carlos Eduardo Franco de Moraes**, Diretor do **Hospital Municipal João Velloso de Ouroeste-SP**, administrado pela **Empresa Solution Gestão Pública**, sob o contrato de Gestão com o **Município de Ouroeste nº 02/SMS/2025**, localizado na **Avenida dos Bandeirantes, nº 1026, cidade de Ouroeste-SP, CEP 15685-000**, venho por meio deste declarar que, conforme contrato nº **003/2025** firmado entre a entidade **Solution Gestão Pública** e a empresa **MARTINEZ & CARVALHO SOFTWARE LTDA**, inscrita no CNPJ nº **14.908.157/0001-24**, encontra-se em plena execução.

O contrato prevê a prestação de serviços com fornecimento do SIS – Sistema Integrado de Saúde, via plataforma Fiorilli Software, sob responsabilidade técnica da empresa contratada, abrangendo:

- Implantação e disponibilização do sistema para gestão integrada de saúde;
- Adequação dos processos internos às exigências de qualidade estabelecidas pela contratante;
- Treinamento e suporte técnico aos servidores designados para acompanhamento e fiscalização;
- Emissão de notas fiscais eletrônicas (NF-e modelo 55) conforme legislação vigente;
- Execução nas dependências do hospital, respeitando cronogramas e necessidades da instituição;
- Responsabilidade integral da contratada quanto a encargos sociais, trabalhistas, previdenciários e fiscais;

Declaro ainda que o **Hospital Municipal João Velloso**, sob a administração da **Solution Gestão Pública**, está sendo conduzido de forma **100% informatizada**,

Ouroeste-SP, 19 de janeiro de 2026.

documento assinado digitalmente
gov.br
 CARLOS EDUARDO FRANCO DE MORAES
 (CPF: 19711105-00) (1971-1105)
 verifique em <https://verboas.sig.br>

Carlos Eduardo Franco de Moraes
 Diretor do Hospital Municipal João Velloso

UNIDADE II:

End.: Praça Lima Verde Guimarães, 501 – Centro

Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032

1 – Cohab

UNIDADE I:

End.: Rua Antônio Moura Torres, 280 Sala

Presidente Alves - SP
CEP: 16670-000



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SISTEMA "NEW LIFE") POR PRAZO DETERMINADO.

Pelo presente Contrato de prestação de serviços DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SISTEMA "NEW LIFE"), celebra SOLUTION GESTÃO PÚBLICA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área da saúde, inscrita no CNPJ nº 17.795.008/0001-94, com sede na Praça Verde Lima Guimarães, nº 501, Centro, Presidente Alves/SP, CEP 16.670-000, neste ato representada por seu Presidente, Prof. Msc. Dr. José Geraldo Neves Filho, brasileiro, casado, portador do RG nº 25.337.634-8 SSP/SP e CPF nº 145.736.988-50, residente e domiciliado na Alameda Polônia, nº 666, Bairro: City Barretos, CEP: 14784-039, na cidade de Barretos, Estado de São Paulo, doravante denominada CONTRATANTE, e, de outro lado, DANILO LIMA DOS SANTOS, inscrito no CPF nº 345.876.378-31 e RG nº 44163378 SSP/SP, residente na Rua Francisco Evangelista, 230, TP 1 Bosque das Caviunas AP 36, JD S Jose, CEP 14098-040, cidade Ribeirão Preto-SP, representante da pessoa jurídica CNPJ nº 42.291.918/0001-87 DANILO LIMA DOS SANTOS (DOCTOR DAN INFORMATICA), denominado CONTRATADO, os quais livremente e de comum acordo firmam o presente contrato de prestação de serviços DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SISTEMA "NEW LIFE"), que será regido pelas cláusulas e condições a seguir:

DO OBJETO, NATUREZA DO CONTRATO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS.

CLÁUSULA PRIMEIRA - Constitui objeto do presente contrato a contratação,

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-000 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br

Página 1 de 5



disponibilização, manutenção e suporte do sistema informatizado denominado “NEW LIFE”, destinado ao atendimento ao paciente no Pronto Atendimento do Município de Colina/SP, abrangendo a gestão do fluxo assistencial e administrativo da unidade de saúde.

O sistema “New Life” deverá contemplar, no mínimo, as seguintes funcionalidades:

1. Abertura e gerenciamento de ficha de atendimento do paciente;
2. Envio e controle de fluxo para triagem;
3. Encaminhamento do paciente para consultórios médicos;
4. Integração com farmácia, sala de medicação e demais setores necessários ao funcionamento do Pronto Atendimento;
5. Registro de atendimentos, procedimentos, prescrições e evoluções clínicas;
6. Suporte técnico ao sistema, incluindo correções, atualizações e orientações aos usuários;
7. Garantia de funcionamento contínuo do sistema, respeitando as necessidades operacionais da unidade de saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA NATUREZA JURÍDICA

A presente contratação tem natureza de prestação de serviços por pessoa jurídica, não gerando, sob nenhuma hipótese, vínculo empregatício entre as partes, seus representantes, prepostos ou empregados.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA REMUNERAÇÃO

A título de remuneração pelos serviços prestados, a CONTRATANTE pagará ao CONTRATADO o valor mensal de R\$ 3.000,00 (Três mil reais), mediante apresentação da Nota Fiscal de Serviços até o dia 05 (cinco) de cada mês, sendo o



pagamento efetuado até o dia 20 (vinte) do mês subsequente.

Parágrafo único: O pagamento ficará condicionado à entrega das prestações de contas e relatórios devidamente validados pela CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA

O presente contrato terá vigência de 12 meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, desde que haja interesse mútuo e manutenção do contrato de gestão com o ente público correspondente.

CLÁUSULA QUINTA – DA RESCISÃO

O presente contrato poderá ser rescindido:

- Por qualquer das partes, mediante comunicação escrita com **antecedência mínima de 30 (trinta) dias**;
- De imediato, por descumprimento de qualquer cláusula contratual ou obrigação legal;
- Por decisão unilateral da CONTRATANTE, **sem ônus**, caso haja encerramento de contrato de gestão, redução de repasses públicos ou reorganização interna.
- Em caso de rescisão sem aviso prévio por parte do CONTRATADO, este ficará sujeito a multa equivalente a **5 (cinco) salários-mínimos estaduais vigentes**.

CLÁUSULA SEXTA – DO SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

O CONTRATADO se compromete a **manter sigilo absoluto** sobre todas as informações, documentos, dados financeiros e relatórios obtidos em decorrência deste contrato, **durante sua vigência e por 5 (cinco) anos após o término**, sob pena de multa de **R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)** e responsabilização civil pelos danos decorrentes.



CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

São obrigações do CONTRATADO:

1. Respeitar integralmente as normas internas e disciplinares vigentes no estabelecimento da CONTRATANTE, bem como facilitar a ação fiscalizadora da CONTRATANTE quanto à execução dos serviços;
2. Manter comunicação constante com os gestores da CONTRATANTE;
3. Zelar pela veracidade das informações e autenticidade dos documentos apresentados;
4. Atuar conforme as normas da Lei nº 8.080/1990, Lei nº 13.019/2014 (Marco Regulatório das OSCs), e demais legislações aplicáveis à execução de contratos de gestão na área da saúde.

CLÁUSULA OITAVA – DA INEXISTÊNCIA DE EXCLUSIVIDADE

O presente contrato **não possui caráter de exclusividade**, podendo ambas as partes prestar ou contratar serviços com terceiros, desde que não haja conflito de interesses com as atividades aqui descritas.

CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES

Em caso de descumprimento das obrigações contratuais, poderá ser aplicada multa de até **10% (dez por cento)** do valor mensal contratado, sem prejuízo de outras medidas cabíveis, inclusive rescisão contratual imediata.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste contrato, as partes elegem o foro da **Comarca de Pirajuí/SP**, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que



seja.

E, por estarem assim justas e contratadas, assinam o presente instrumento em **duas vias de igual teor e forma**, na presença de testemunhas.



SOLUTION GESTÃO PÚBLICA

CNPJ:17.795.008/0001-94



DANILO LIMA DOS SANTOS

42.291.918/0001-87

TESTEMUNHA 1: _____

TESTEMUNHA 2: _____

Presidente Alves, 07 de março de 2025.



DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE

CNPJ: 17.795.008/0001-94

CREMESP: 999467

solutionos@gmail.com

www.solutiongestaopublica.com.br

DECLARAÇÃO – UTILIZAÇÃO DO SISTEMA NEW LIFE

Eu **Ricardo Maldonado De Souza**, Gestor Administrativo da unidade do Pronto Atendimento Municipal (PAM) de Colina, portador do CPF **307.009.898-38**, declaro para os devidos fins que a empresa **Solution Gestão Pública** realiza a administração e gestão do Pronto Atendimento que por sua realiza a gestão de seus processos assistenciais e administrativos por meio do sistema informatizado New Life, o qual é utilizado como ferramenta oficial para registro, armazenamento, processamento e gerenciamento das informações relacionadas aos atendimentos prestados.

O sistema New Life, que está sob responsabilidade de **Danilo Lima Dos Santos**, portador da cédula de identidade **44163378** e CPF **345.876.378-31** é empregado no cadastramento e identificação de pacientes, registro de prontuários eletrônicos, controle de fluxos de atendimento, emissão de relatórios gerenciais e estatísticos, bem como no suporte às rotinas administrativas da unidade. Sua utilização contribui para a padronização dos processos, rastreabilidade das informações, segurança dos dados e maior eficiência operacional.

O uso do referido sistema está alinhado às boas práticas de gestão em saúde, atendendo aos princípios de confiabilidade, integridade e confidencialidade das informações, em conformidade com a legislação vigente aplicável aos serviços de saúde.


Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração para os fins que se fizerem necessários.

Documento assinado eletronicamente
RICARDO MALDONADO DE SOUZA
 CPF nº 307.009.898-38
 URL do documento: www.tce.sp.gov.br

RICARDO MALDONADO
 GESTOR ADMINISTRATIVO

UNIDADE II:
 End.: Praça Lima Verde Guimarães, 501 – Centro
 Presidente Alves – SP
 CEP: 16.670-032

UNIDADE I:
 End.: Rua Antônio Moura Torres, 280 Sala 1 – Cohab
 Presidente Alves - SP
 CEP: 16670-000

	<p align="center"><u>Diretoria Municipal de Higiene e Saúde de Ocaçu</u></p> <p align="center">Avenida Celeste Casagrande, n.º 115 - Fones: (0**14) 3475-1205 CEP 17.540-000 - OCAÇU/SP - CNPJ: 44.482.248/0001-01</p> <p align="center">"Ocaçu Cidade Amiga"</p>
---	---

DECLARAÇÃO DE USO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Eu, Israel Rezende De Lima, na qualidade de Gestor(a) da Unidade de Saúde, declaro, para os devidos fins, que a referida unidade utiliza sistema informatizado de saúde, incluindo Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), devidamente integrado e vinculado à plataforma E-SUS, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Declaro ainda que o contrato de licenciamento do software de gestão em saúde é vinculado à Prefeitura Municipal de Ocaçu -SP, responsável pela contratação do sistema informatizado utilizado na unidade. Contudo, ressalto que a operacionalização, gestão e execução diária do sistema e dos serviços correlatos são realizadas pela equipe da SOLUTION GESTÃO PÚBLICA, organização da sociedade civil, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o CNPJ/MF nº 17.795.008/0001-94, com sede na Rua PC Lima Verde Guimarães, nº 501, Bairro Centro, na cidade de Presidente Alves – SP, CEP 16.670-03.

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA desde o início do contrato de trabalho em 10/06/2022 até a presente data, é responsável pela inserção dos dados, organização dos fluxos, gestão das informações em saúde e apoio à equipe da unidade, assegurando a correta utilização do sistema informatizado e a qualidade dos registros assistenciais e administrativos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que produza seus efeitos legais e administrativos.

Município de Ocaçu -SP, 19 de janeiro de 2026



ISRAEL REZENDE DE LIMA

Diretor municipal de Higiene e Saúde de Ocaçu/SP
 saude@ocacu.sp.gov.br

	Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Alves Endereço: Rua Rui Barbosa, 45 Bairro: Centro Cidade: Presidente Alves UF: SP CEP: 16670-000
---	--

DECLARAÇÃO DE USO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Eu, Esthefani de Oliveira Amaro na qualidade de Responsável Técnica, declaro, para os devidos fins, que a referida unidade utiliza sistema informatizado de saúde, incluindo Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), devidamente integrado e vinculado à plataforma e-SUS, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Declaro ainda que o contrato de licenciamento do software de gestão em saúde é vinculado à Prefeitura Municipal de Presidente Alves -SP, responsável pela contratação do sistema informatizado utilizado na unidade. Contudo, ressalto que a operacionalização, gestão e execução diária do sistema e dos serviços correlatos são realizadas pela equipe da SOLUTION GESTÃO PÚBLICA, organização da sociedade civil, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o CNPJ/MF nº 17.795.008/0001-94, com sede na Rua PC Lima Verde Guimarães, nº 501, Bairro Centro, na cidade de Presidente Alves – SP, CEP 16.670-03.

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA desde o início do contrato de trabalho em 03/02/2022 até a presente data, é responsável pela inserção dos dados, organização dos fluxos, gestão das informações em saúde e apoio à equipe da unidade, assegurando a correta utilização do sistema informatizado e a qualidade dos registros assistenciais e administrativos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que produza seus efeitos legais e administrativos.

Município de Presidente Alves -SP, 21 de janeiro de 2026

Esthefani O. Amaro
 Enfermeira
 COREN/SP 802.988

Esthefani de Oliveira Amaro
 Responsável Técnica de Enfermagem

Unidade de Saúde

DEPARTAMENTO REGIONAL DE
 SAÚDE DE BAURU-DRS-VI-BAURU
 2791943 UBS II DE PRESIDENTE ALVES
 RUA RUI BARBOSA, 45 - CENTRO
 PRESIDENTE ALVES/SP - CEP 16670-033
 FONE: (14) 3587-1442



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁLVARO DE CARVALHO
GABINETE SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Pessoa Jurídica de direito público interno, sediada à Rua Joaquim Bronze Mendes, nº 55, cidade de
Álvaro de Carvalho, Estado de São Paulo.

DECLARAÇÃO DE USO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO


Eu, Laion Henrique de Oliveira Muniz na qualidade de Gestor da Unidade de Saúde, declaro, para os devidos fins, que a referida unidade utiliza sistema informatizado de saúde, incluindo Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), devidamente integrado e vinculado à plataforma e-SUS, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Declaro ainda que o contrato de licenciamento do software de gestão em saúde é vinculado à Prefeitura Municipal de Álvaro de Carvalho -SP, responsável pela contratação do sistema informatizado utilizado na unidade. Contudo, ressalto que a operacionalização, gestão e execução diária do sistema e dos serviços correlatos são realizadas pela equipe da SOLUTION GESTÃO PÚBLICA, organização da sociedade civil, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o CNPJ/MF nº 17.795.008/0001-94, com sede na Rua PC Lima Verde Guimarães, nº 501, Bairro Centro, na cidade de Presidente Alves – SP, CEP 16.670-03.

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA desde o início do contrato de trabalho em 10/08/2023 até a presente data, é responsável pela inserção dos dados, organização dos fluxos, gestão das informações em saúde e apoio à equipe da unidade, assegurando a correta utilização do sistema informatizado e a qualidade dos registros assistenciais e administrativos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que produza seus efeitos legais e administrativos.

Álvaro de Carvalho, dia 20 de janeiro de 2026.



Laion Henrique de Oliveira Muniz
Secretário Municipal de Saúde
RG: 59.150.244-6

Laion Henrique de Oliveira Muniz

Gestor da Unidade de Saúde

Centro de saúde de Álvaro de Carvalho

CS III Álvaro de Carvalho
CNPJ: 12.077.518/0001-02
Rua Joaquim Bronze Mendes, 55 - Centro
17.410-027 - Álvaro de Carvalho/SP
Tel.: (14) 3484-0638



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AVAI

RUA CORONEL JUVENCIO SILVA, 362 - CENTRO
CEP 16.680-029 – AVAÍ – SP - (14)3287-1465 / 3287-1512
www.avai.sp.gov.br / saude@avai.sp.gov.br

Avaí, 21 de janeiro de 2026.

DECLARAÇÃO DE USO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Eu, CAIO FELIPE GALANTE DE FREITAS, na qualidade de Secretário Municipal de Saúde, declaro, para os devidos fins, que as unidades de saúde do município de Avaí, utilizam o sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), devidamente integrado e vinculado à plataforma e-SUS, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Declaro ainda que o licenciamento do software de gestão em saúde é vinculado à Prefeitura Municipal de Avaí -SP, responsável pela contratação do sistema informatizado utilizado na unidade. **Contudo, ressalto que a operacionalização, gestão e execução diária do sistema e dos serviços correlatos são realizadas pela equipe da SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**, organização da sociedade civil, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o CNPJ/MF nº 17.795.008/0001-94, com sede na Rua PC Lima Verde Guimarães, nº 501, Bairro Centro, na cidade de Presidente Alves – SP, CEP 16.670-03.

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA desde o início do contrato de trabalho em 25/04/2022 até a presente data, é responsável pela inserção dos dados, organização dos fluxos, gestão das informações em saúde e apoio à equipe da unidade, assegurando a correta utilização do sistema informatizado e a qualidade dos registros assistenciais e administrativos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que produza seus efeitos legais e administrativos.



CAIO FELIPE GALANTE DE FREITAS
Secretário Municipal de Saúde



Kevin A. Piccini
Assessor Administrativo

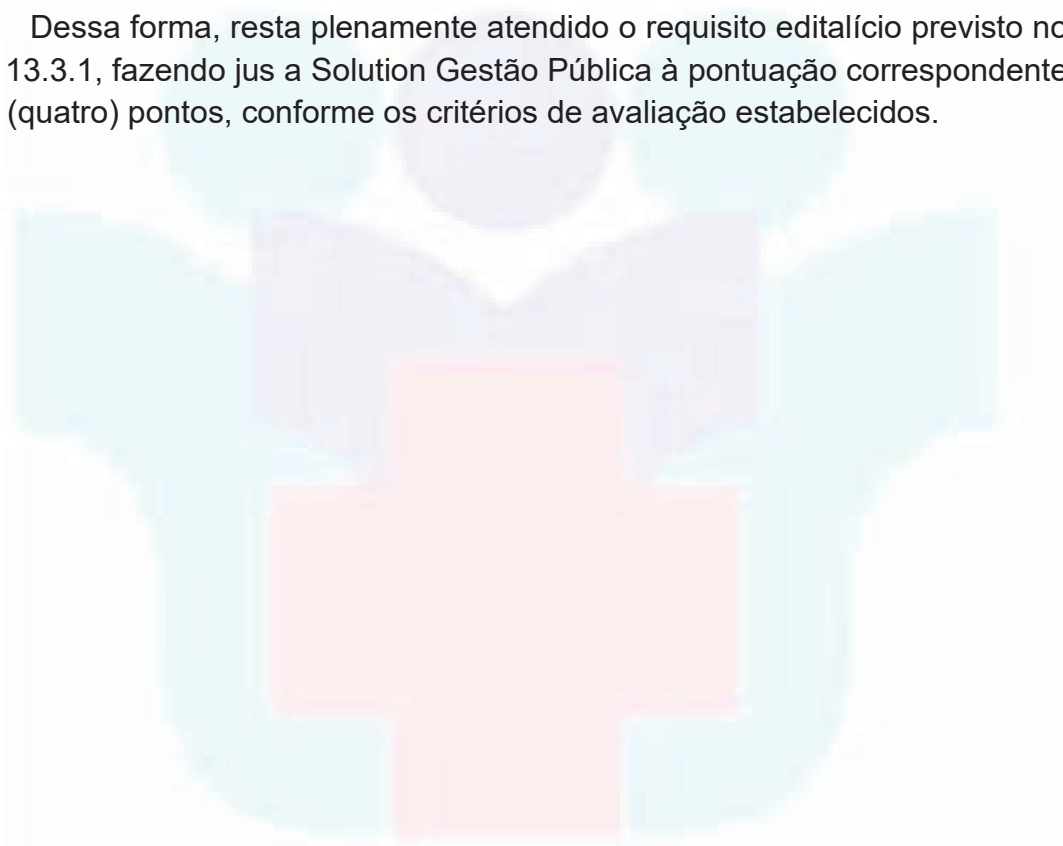
13.3 Apresentação de comprovante de cadastro

13.3.1 Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES

A Solution Gestão Pública apresenta o comprovante de cadastro junto ao CNES, em conformidade com as exigências estabelecidas no edital.

O documento apresentado comprova que a Solution Gestão Pública possui registro ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instrumento oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) destinado à identificação, caracterização e monitoramento dos estabelecimentos e serviços de saúde em âmbito nacional.

Dessa forma, resta plenamente atendido o requisito editalício previsto no item 13.3.1, fazendo jus a Solution Gestão Pública à pontuação correspondente de 4 (quatro) pontos, conforme os critérios de avaliação estabelecidos.





CNES | Cadastro Nacional de
Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Protocolo de Cadastro de Estabelecimento de Saúde

Data: 26/01/2026

Numeração CNES

Ministério da Saúde(MS)
Secretaria de Atenção à Saúde(SAS) 26/01/2026
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas(DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação(CGSI)

PROTOCOLO DE GERAÇÃO DE CÓDIGO CNES

Dados Preenchidos

Número CNES	8113726
Município	354110
CNPJ	1779500800019 4
Nome Fantasia	SOLUTION GESTÃO PÚBLICA
Nome Empresarial	SOLUTION GESTAO PUBLICA

Data desativação: – Motivo desativação: –

13.3.2 Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social

Para atendimento ao item 13.3.2 – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS), a Solution Gestão Pública apresenta protocolo de solicitação de certificação, devidamente formalizado junto ao órgão competente, comprovando que o processo de obtenção do CEBAS encontra-se regularmente em tramitação.

O protocolo apresentado evidencia que a Solution Gestão Pública adotou as providências administrativas necessárias para a obtenção da certificação, em conformidade com a legislação vigente aplicável às Entidades Beneficentes de Assistência Social, demonstrando compromisso institucional com a regularidade jurídica, fiscal e assistencial exigida para a atuação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, a apresentação do protocolo de solicitação do CEBAS atende ao requisito previsto no item 13.3.2, devendo ser considerada para fins de avaliação, fazendo jus a Solution Gestão Pública à pontuação correspondente de 2 (dois) pontos, conforme os critérios estabelecidos no edital.



**MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL,
FAMÍLIA E COMBATE À FOME**

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL PRIVADA DO SUAS

Assunto: Comprovante de Protocolo

1. Declaro que a entidade SOLUTION GESTAO PUBLICA, inscrita sob o CNPJ nº 17.795.008/0001-94, possui protocolo de requerimento de concessão de Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, tombado sob o nº 308796.0998996/2024, junto ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome – MDS, em 26/06/2024.

2. A validade do comprovante de protocolo do requerimento poderá ser confirmada pelo interessado mediante consulta da tramitação processual na página do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS, no seguinte endereço: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/entidades-de-assistencia-social/certificacao-de-entidades-beneficentes-de-assistencia-social-cebas>.

3. Para acessar o histórico de requerimentos de certificação CEBAS da entidade/organização, entre em contato com o assistente virtual do DRSP através do número (61) 99321.0028.

Emitido através do Painel E-OSCs SUAS pelo Departamento da Rede Socioassistencial Privada do SUAS em 21/01/2026

14. Plano de modernização e melhorias

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA apresenta o Plano de Modernização e Melhorias da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP como estratégia central para garantir condições adequadas de funcionamento, segurança assistencial e qualidade no atendimento à população. Este plano será desenvolvido em duas frentes principais: investimentos prediais e melhoria de equipamentos e mobiliários. As ações propostas visam atender às necessidades operacionais identificadas, respeitando sempre as normas técnicas, sanitárias e os limites contratuais estabelecidos.

O plano terá caráter evolutivo e será implementado de forma planejada, mediante autorização prévia do órgão gestor e dentro dos limites orçamentários aprovados. Todas as melhorias serão documentadas, registradas e acompanhadas, garantindo transparência e rastreabilidade na execução. As intervenções propostas consideram a dinâmica operacional da unidade, que funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, exigindo planejamento cuidadoso para minimizar impactos na assistência durante a execução das melhorias.

14.1 Plano de Investimentos Prediais

14.1.1 Finalidade do Plano de Investimentos Prediais

O Plano de Investimentos Prediais tem como objetivo assegurar que a infraestrutura física da UPA de Colina/SP esteja em condições adequadas para o atendimento de urgência e emergência. A unidade está localizada na Praça Dr. Lamounier de Andrade, 126, e conta com estrutura física distribuída em diversos ambientes assistenciais e administrativos, conforme planta baixa oficial.

A finalidade principal é manter a unidade funcionando de forma segura, organizada e em conformidade com as exigências sanitárias. Isso inclui correção de problemas estruturais, adequação de fluxos, melhorias na ambiência e modernização de instalações. Todos os investimentos prediais serão realizados sem gerar qualquer direito de propriedade ou indenização futura à Organização Social, conforme determina o Contrato de Gestão.

14.1.2 Princípios Norteadores dos Investimentos Prediais

Os investimentos prediais serão executados com base nos seguintes princípios: legalidade e conformidade contratual, economicidade no uso dos recursos públicos, planejamento prévio com autorização do poder público, transparência na execução e documentação dos atos, segurança estrutural e ocupacional, e atendimento às normas técnicas e sanitárias vigentes.

Esses princípios garantem que as melhorias sejam realizadas de forma responsável e com respaldo jurídico adequado. A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA não executará nenhuma obra ou reforma sem prévia aprovação formal da Secretaria Municipal de Saúde, assegurando alinhamento com as necessidades do serviço público e evitando intervenções que possam gerar passivos ou questionamentos futuros.

14.1.3 Diagnóstico da Infraestrutura Física

Antes de qualquer intervenção predial, será realizado diagnóstico técnico detalhado da infraestrutura existente. Esse diagnóstico envolverá vistoria completa de todas as áreas da UPA, incluindo consultórios, salas de observação, sala de medicação, recepção, áreas administrativas, sanitários, expurgo, farmácia, vestiários e demais ambientes constantes na planta baixa.

A vistoria avaliará as condições estruturais das edificações, estado das instalações elétricas e pontos de energia, funcionamento das instalações hidráulicas e sanitárias, condições de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, fluxos assistenciais e operacionais, estado de conservação de pisos, paredes e tetos, condições de iluminação e ventilação, e identificação de infiltrações, rachaduras ou outros problemas que possam comprometer a segurança ou funcionalidade.

O diagnóstico será documentado por meio de relatório técnico com registro fotográfico, apontamento das não conformidades encontradas e proposição de soluções. Esse relatório subsidiará o planejamento das reformas e adequações, estabelecendo prioridades conforme a gravidade dos problemas identificados e o impacto na assistência.

14.1.4 Reformas Prediais

As reformas prediais contemplarão intervenções necessárias para recuperação, modernização ou melhoria da infraestrutura física da UPA. Serão priorizadas as reformas que impactam diretamente a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Todas as reformas serão precedidas de projeto básico, memorial descritivo, orçamento detalhado e cronograma de execução.

Recuperação de Áreas Físicas Desgastadas

Ao longo do tempo, é natural que determinadas áreas da unidade apresentem desgaste. A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA realizará recuperação de pisos danificados, especialmente em locais de alta circulação como recepção, corredores e salas de atendimento. Pisos com problemas de aderência ou que apresentem riscos de quedas serão substituídos por materiais adequados ao uso hospitalar, antiderrapantes e de fácil higienização.

As paredes das áreas assistenciais receberão atenção especial. Será realizada recuperação de revestimentos desgastados, pintura com tinta lavável

de alta durabilidade, correção de pontos com infiltração ou mofo, e aplicação de revestimentos cerâmicos onde necessário, especialmente em áreas molhadas como expurgo, banheiros e copa.

Os tetos também serão avaliados. Forros danificados ou com manchas de infiltração serão substituídos. Em áreas críticas como salas de procedimentos, será verificada a necessidade de instalação de forros laváveis que atendam às normas sanitárias para ambientes de saúde.

Adequações Estruturais para Melhoria dos Fluxos Assistenciais

A análise dos fluxos assistenciais pode indicar necessidade de adequações estruturais para melhorar a organização do atendimento. Serão avaliadas possibilidades como redistribuição de divisórias para otimização de espaços, criação ou eliminação de passagens para melhorar circulação, adequação de aberturas de portas para facilitar movimentação de macas e equipamentos, e instalação de portas com visor quando necessário para melhor controle visual dos pacientes.

A recepção e área de espera serão objeto de atenção especial. Pode ser necessário reorganizar o layout para melhorar o fluxo de entrada e saída de pacientes, adequar o balcão de atendimento para melhor interação com usuários, criar áreas de espera setorizadas por classificação de risco quando viável, e instalar sinalização visual clara e acessível.

As áreas restritas, como salas de medicação e observação, serão avaliadas quanto à necessidade de adequações para garantir privacidade dos pacientes, facilitar o trabalho das equipes e permitir melhor controle de acesso.

Intervenções em Instalações Elétricas

As instalações elétricas da UPA serão objeto de avaliação técnica criteriosa. Será verificado o dimensionamento adequado do sistema elétrico para a carga instalada, o estado de conservação de quadros de distribuição e disjuntores, a existência de pontos de energia suficientes nos locais de atendimento, o funcionamento adequado do sistema de iluminação e emergência, e a existência e funcionamento de aterramento adequado.

Quando necessário, serão realizadas adequações como instalação de novos pontos de energia em locais onde há carência, substituição de quadros elétricos antigos ou subdimensionados, instalação de sistema de iluminação de emergência onde não existir, adequação da iluminação para garantir luminosidade adequada aos procedimentos médicos, e instalação de circuitos exclusivos para equipamentos críticos como geladeiras de medicamentos e equipamentos de suporte à vida.

Todas as intervenções elétricas serão executadas por profissionais habilitados e seguirão as normas técnicas brasileiras, especialmente a NBR

5410 que trata de instalações elétricas de baixa tensão. Será emitida Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) de todos os serviços executados.

Intervenções em Instalações Hidráulicas e Sanitárias

As instalações hidráulicas e sanitárias são fundamentais para o funcionamento adequado de uma unidade de saúde. Será realizada avaliação completa do sistema de abastecimento de água, verificando pressão adequada em todos os pontos de uso, estado de conservação de tubulações e registros, funcionamento de torneiras e válvulas, e ausência de vazamentos.

O sistema de esgoto será inspecionado para garantir escoamento adequado, ausência de entupimentos ou retorno, e funcionamento adequado das caixas de gordura e inspeção. Os sanitários, tanto de uso público quanto de uso dos profissionais, serão avaliados quanto ao funcionamento de louças sanitárias, estado de conservação de metais e acessórios, adequação para uso por pessoas com deficiência, e condições gerais de higiene e conservação.

Quando identificados problemas, serão realizados reparos ou substituições. Isso pode incluir troca de torneiras por modelos com acionamento que facilite a higienização, instalação de válvulas redutoras de pressão onde necessário, substituição de louças sanitárias danificadas, desentupimento e limpeza de tubulações, e adequação de sanitários para acessibilidade conforme NBR 9050.

Melhorias em Áreas Assistenciais

As áreas diretamente ligadas ao atendimento ao paciente receberão atenção prioritária no plano de investimentos. Os consultórios médicos serão avaliados quanto ao conforto térmico, iluminação adequada, privacidade acústica e visual, organização do espaço e funcionalidade. Pode ser necessário instalar ou substituir equipamentos de ar condicionado, melhorar o isolamento acústico das paredes, instalar persianas ou cortinas adequadas, e reorganizar pontos elétricos e de dados.

As salas de observação, onde pacientes permanecem em acompanhamento após atendimento inicial, serão adequadas para garantir condições adequadas de monitoramento. Isso inclui boa visualização de todos os leitos pela equipe de enfermagem, iluminação que permita trabalho noturno sem incomodar pacientes em repouso, instalação de pontos de oxigênio e ar comprimido onde necessário, e organização do espaço para circulação adequada.

A sala de medicação, onde são preparadas e administradas medicações, receberá melhorias que garantam segurança no processo. Será verificada a adequação da bancada de trabalho, iluminação para visualização adequada dos

medicamentos, organização de armários para armazenamento, e condições de higiene e limpeza da área.

Melhorias em Áreas Administrativas

As áreas administrativas também são importantes para o bom funcionamento da unidade. A sala da coordenação e os espaços administrativos serão adequados para garantir condições de trabalho apropriadas. Isso pode incluir melhorias na organização do espaço, instalação de divisórias para privacidade quando necessário, adequação de pontos de energia e dados para equipamentos de informática, e melhorias no conforto térmico e acústico.

O almoxarifado e a farmácia serão avaliados quanto à capacidade de armazenamento, organização dos espaços, condições de temperatura e umidade para conservação adequada dos materiais, controle de acesso, e funcionalidade para recebimento, armazenamento e distribuição de materiais e medicamentos.

14.1.5 Adequações Físicas e Funcionais

Além das reformas, serão realizadas adequações físicas e funcionais para garantir conformidade com normas técnicas e sanitárias. Essas adequações visam otimizar os fluxos operacionais, melhorar a acessibilidade e promover melhorias na ambiência.

Adequações de Layout para Otimização dos Fluxos

A organização física dos ambientes influencia diretamente na eficiência operacional. Será realizado estudo dos fluxos de pessoas (usuários, acompanhantes e profissionais), materiais (medicamentos, insumos, roupas limpas e sujas, resíduos) e informações (prontuários, documentos, solicitações de exames).

Com base nesse estudo, poderão ser propostas reorganizações como otimização do fluxo de entrada e triagem de pacientes, separação de fluxos de circulação para evitar cruzamentos inadequados, definição clara de áreas restritas e de acesso livre, organização de postos de trabalho para facilitar as atividades das equipes, e sinalização adequada para orientação dos usuários.

Adequações para Acessibilidade

A acessibilidade é requisito fundamental em qualquer unidade de saúde pública. Será realizada avaliação completa da UPA conforme os requisitos da NBR 9050 e legislações pertinentes. Os pontos avaliados incluem acesso à unidade sem barreiras arquitetônicas, presença de rampas de acesso com inclinação adequada, portas com largura suficiente para passagem de cadeiras de rodas, sanitários adaptados para pessoas com deficiência, presença de

barras de apoio nos sanitários, sinalização tátil e visual quando aplicável, e balcões de atendimento com alturas adequadas.

Quando identificadas inadequações, serão propostas e executadas as correções necessárias. Isso pode incluir instalação ou adequação de rampas de acesso, alargamento de portas e vãos, adequação de sanitários com instalação de barras de apoio e louças na altura adequada, instalação de sinalização tátil de piso, rebaixamento de balcões de atendimento, e demais adequações necessárias para garantir acesso universal.

Adequações para Atendimento às Normas Sanitárias

As normas sanitárias estabelecem requisitos específicos para unidades de saúde. A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA garantirá que a UPA esteja em conformidade com as resoluções da ANVISA e demais normas aplicáveis. Isso inclui adequação de áreas para processamento de materiais, quando aplicável, organização de fluxos para evitar contaminação cruzada, adequação de áreas de armazenamento de medicamentos e materiais, adequação do sistema de climatização conforme requisitos técnicos, e conformidade com normas de segurança contra incêndio.

Será dada atenção especial ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. A unidade terá área apropriada para armazenamento temporário de resíduos, seguindo as normas de segregação, identificação e acondicionamento. Os fluxos de resíduos serão organizados de forma a evitar cruzamento com áreas limpas.

Adequações para Melhoria da Ambiência

A ambiência hospitalar influencia na experiência do usuário e nas condições de trabalho das equipes. Serão implementadas melhorias como uso de cores adequadas nas paredes, que transmitam tranquilidade mas mantenham aspecto profissional, iluminação adequada com uso de luz natural sempre que possível, ventilação adequada com manutenção de temperatura confortável, controle de ruídos em áreas assistenciais, organização visual dos espaços com mobiliários adequados, e presença de elementos que humanizem o ambiente sem comprometer a funcionalidade.

As áreas de espera receberão atenção especial. Serão organizadas para proporcionar conforto aos usuários durante o tempo de espera, com assentos adequados, informações visuais claras sobre o fluxo de atendimento, e ambiente limpo e organizado.

Adequações para Segurança do Paciente e do Trabalhador

A segurança é princípio fundamental. Serão implementadas adequações como instalação de pisos antiderrapantes em áreas molhadas, instalação de barras de apoio em locais necessários, adequação de sistemas de iluminação

de emergência, identificação clara de saídas de emergência, organização de vias de escape conforme normas de segurança contra incêndio, instalação de extintores de incêndio conforme plano de prevenção, e organização de áreas de trabalho para reduzir riscos ergonômicos.

14.1.6 Procedimentos para Execução dos Investimentos

A execução de qualquer investimento predial seguirá procedimentos rigorosos para garantir qualidade, segurança jurídica e conformidade técnica. Nenhuma obra ou reforma será iniciada sem cumprimento de todas as etapas prévias necessárias.

Elaboração de Projeto Básico e Memorial Descritivo

Toda intervenção predial será precedida de projeto básico que detalhará as intervenções a serem realizadas. O projeto incluirá plantas baixas com indicação das áreas de intervenção, especificação técnica dos materiais e serviços a serem executados, detalhamento das instalações elétricas e hidráulicas quando aplicável, memorial descritivo com descrição completa dos serviços, e memorial de cálculo quando necessário.

Os projetos serão elaborados por profissionais habilitados nas áreas específicas (arquitetura, engenharia civil, engenharia elétrica, engenharia hidráulica) conforme a natureza da intervenção. Todos os projetos serão submetidos à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde antes do início da execução.

Apresentação de Orçamento Detalhado

Junto com o projeto, será apresentado orçamento detalhado das intervenções. O orçamento será elaborado com base em tabelas oficiais de referência como SINAPI, SICRO ou tabelas estaduais, garantindo compatibilidade com os preços praticados no mercado. O orçamento incluirá planilha quantitativa de todos os serviços e materiais, composição de custos unitários, cronograma físico-financeiro de desembolso, e total geral da obra.

O orçamento será apresentado de forma clara e transparente, permitindo análise detalhada pela Secretaria Municipal de Saúde. Após aprovação, esse orçamento servirá como referência para acompanhamento da execução.

Elaboração de Cronograma Físico-Financeiro

As obras serão planejadas por meio de cronograma físico-financeiro que detalhe todas as etapas de execução. O cronograma indicará a sequência de execução dos serviços, prazo estimado para cada etapa, recursos necessários em cada fase, previsão de desembolso financeiro, e marcos de controle para acompanhamento.

O cronograma considerará a necessidade de manter a unidade em funcionamento durante as obras. Serão definidas estratégias para execução de reformas sem interrupção dos serviços, como realização de obras em etapas, execução de serviços em horários de menor movimento quando possível, e organização de espaços temporários quando necessário.

Emissão de ART ou RRT

Todos os projetos e execuções de obras terão acompanhamento de profissionais habilitados. Serão emitidas Anotações de Responsabilidade Técnica (ART) do CREA ou Registro de Responsabilidade Técnica (RRT) do CAU conforme a natureza do serviço. Essas anotações garantem que os trabalhos estão sendo executados por profissionais qualificados e com responsabilidade técnica assumida.

Aprovação Prévia do Órgão Público Gestor

Somente após aprovação formal de todos os documentos (projeto, memorial, orçamento, cronograma e ARTs) pela Secretaria Municipal de Saúde será iniciada a execução das obras. A aprovação será documentada por meio de ofício ou despacho formal, que integrará o processo e autorizará o início dos trabalhos.

14.1.7 Cronograma Físico-Financeiro

Os investimentos prediais serão organizados em cronograma físico-financeiro que permita controle efetivo da execução. O cronograma dividirá as obras em etapas lógicas, estabelecendo prazo para início e conclusão de cada fase, previsão de custos para cada etapa, e compatibilidade com o orçamento global aprovado.

O acompanhamento será feito por meio de relatórios periódicos que demonstrem o avanço físico das obras, os recursos financeiros aplicados, eventuais desvios em relação ao planejado, e medidas corretivas quando necessário. Esse controle rigoroso permite identificar problemas precocemente e adotar soluções antes que comprometam o resultado final.

O cronograma será flexível o suficiente para permitir ajustes decorrentes de situações imprevistas, mas manterá o compromisso com os prazos gerais estabelecidos. Qualquer alteração significativa no cronograma será comunicada formalmente à Secretaria Municipal de Saúde para análise e eventual aprovação.

14.1.8 Acompanhamento, Fiscalização e Controle

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA manterá acompanhamento rigoroso de todas as obras e reformas realizadas. Será designado responsável técnico para acompanhar diariamente a execução dos serviços, verificar conformidade com

os projetos aprovados, controlar o cronograma de execução, fiscalizar a qualidade dos materiais empregados, e registrar todas as ocorrências relevantes.

Será mantido diário de obra onde serão registrados os serviços executados a cada dia, materiais aplicados, ocorrências relevantes, condições climáticas quando influenciarem nos trabalhos, e presença de fiscais ou responsáveis técnicos. O diário de obra servirá como documento de controle e rastreabilidade da execução.

A Secretaria Municipal de Saúde terá acesso irrestrito às obras para fiscalização. Serão realizadas reuniões periódicas para apresentação do andamento dos trabalhos, esclarecimento de dúvidas e alinhamento de expectativas. A transparência no acompanhamento fortalece a relação entre Organização Social e Poder Público, garantindo que os investimentos atendam efetivamente às necessidades do serviço.

14.1.9 Registro, Documentação e Prestação de Contas

Todos os investimentos prediais serão rigorosamente documentados. A documentação incluirá projetos e memoriais descritivos aprovados, orçamentos e cronogramas, ARTs e RRTs dos profissionais responsáveis, notas fiscais e comprovantes de pagamento, registros fotográficos do antes, durante e após as obras, diário de obra, relatórios de acompanhamento, e termos de recebimento das melhorias.

Essa documentação será organizada e arquivada de forma a permitir consulta e auditoria a qualquer momento. A prestação de contas seguirá os procedimentos estabelecidos no Contrato de Gestão, com apresentação de relatórios periódicos que demonstrem os investimentos realizados, recursos aplicados e melhorias obtidas.

A transparência na documentação e prestação de contas fortalece a credibilidade da gestão e demonstra o uso adequado dos recursos públicos. Todos os registros estarão disponíveis para fiscalização dos órgãos de controle interno e externo.

14.1.10 Limites Orçamentários e Condicionantes

Qualquer investimento predial será executado dentro dos limites orçamentários estabelecidos no Plano de Trabalho aprovado e mediante efetiva disponibilidade financeira. Não serão iniciadas obras ou reformas sem a correspondente previsão orçamentária e sem autorização prévia do Poder Público.

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA compreende que a execução de investimentos sem previsão orçamentária e sem autorização formal não enseja direito a indenização, reequilíbrio econômico-financeiro ou reconhecimento de

obrigações futuras. Essa compreensão está alinhada ao entendimento consolidado dos Tribunais de Contas e assegura segurança jurídica ao processo.

Caso sejam identificadas necessidades de investimentos adicionais não previstos inicialmente, será apresentada proposta formal à Secretaria Municipal de Saúde, com justificativa técnica, orçamento e proposta de adequação contratual quando aplicável. A transparência na apresentação de demandas permite diálogo construtivo e tomada de decisão informada pelo gestor público.

14.1.11 Considerações Finais sobre Investimentos Prediais

O Plano de Investimentos Prediais demonstra o compromisso da SOLUTION GESTÃO PÚBLICA com a qualidade da infraestrutura da UPA de Colina/SP. As melhorias propostas são realistas, exequíveis e alinhadas às necessidades operacionais de uma unidade de urgência e emergência que funciona ininterruptamente.

A execução planejada, documentada e fiscalizada dos investimentos prediais contribuirá para modernização da unidade, melhoria das condições de atendimento à população, valorização do patrimônio público e conformidade com normas técnicas e sanitárias. Todos os investimentos serão realizados com responsabilidade, transparência e em consonância com os princípios da boa gestão pública.

14.2 Plano de Melhoria de Equipamentos e Mobiliários

14.2.1 Finalidade do Plano de Melhoria de Equipamentos e Mobiliários

O Plano de Melhoria de Equipamentos e Mobiliários visa assegurar que todos os equipamentos médicos, mobiliários hospitalares e materiais permanentes utilizados na UPA de Colina/SP estejam em perfeitas condições de funcionamento, segurança e conservação. A unidade conta atualmente com equipamentos essenciais para urgência e emergência registrados em inventário patrimonial, conforme Anexo IX do edital.

A finalidade deste plano é garantir a continuidade dos serviços assistenciais por meio de manutenção preventiva e corretiva adequada, substituição programada de equipamentos com vida útil comprometida, aquisição de novos equipamentos quando necessário, e gestão eficiente do patrimônio público. O plano integra o sistema de gestão da qualidade e contribui diretamente para a segurança do paciente e a eficiência operacional.

14.2.2 Princípios Norteadores da Gestão de Equipamentos e Mobiliários

A gestão de equipamentos e mobiliários será orientada pelos seguintes princípios: continuidade e segurança da assistência como prioridade absoluta, planejamento e prevenção de falhas por meio de manutenção preventiva,

economicidade e racionalidade no uso dos recursos, preservação do patrimônio público, transparência e rastreabilidade de todas as ações, e conformidade com normas técnicas e sanitárias.

Esses princípios garantem que os equipamentos estejam sempre disponíveis para uso, funcionando adequadamente e com segurança para pacientes e profissionais. A manutenção preventiva será priorizada sobre a corretiva, reduzindo custos e evitando indisponibilidade de equipamentos por quebras inesperadas.

14.2.3 Diagnóstico e Inventário Patrimonial

A gestão de equipamentos e mobiliários iniciará com levantamento completo do inventário patrimonial da UPA. Conforme o edital, a unidade conta com equipamentos que incluem cardioversores, ventiladores pulmonares, eletrocardiógrafos, aspiradores cirúrgicos, monitores cardíacos, desfibriladores, bisturis elétricos, macas, cadeiras de coleta, carros de emergência, nebulizadores, suportes de soro, mesas Mayo, biombos, equipamentos de informática, mobiliários diversos, e materiais de apoio.

Cada equipamento e mobiliário será cadastrado com as seguintes informações: identificação e descrição completa do bem, número de patrimônio, localização física na unidade, estado de conservação atual, data de aquisição quando disponível, vida útil estimada, histórico de manutenções realizadas, responsável pelo uso e guarda do bem, e observações relevantes sobre funcionamento ou particularidades.

O inventário será atualizado sempre que houver movimentação de bens, aquisição de novos equipamentos ou baixa de equipamentos. Esse controle rigoroso permite gestão eficiente e rastreabilidade completa do patrimônio.

14.2.4 Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva será estratégia prioritária para garantir funcionamento adequado dos equipamentos. Será elaborado plano de manutenção preventiva contemplando todos os equipamentos médicos e mobiliários da unidade, com definição de periodicidade conforme recomendação do fabricante e tipo de equipamento.

Programação das Manutenções Preventivas

Cada equipamento terá cronograma específico de manutenção preventiva. Equipamentos críticos para suporte à vida, como ventiladores pulmonares, cardioversores e monitores cardíacos, terão manutenção preventiva trimestral ou conforme recomendação mais frequente do fabricante. Equipamentos de uso contínuo, como eletrocardiógrafos, nebulizadores e aspiradores, terão manutenção semestral. Equipamentos de uso menos intensivo terão manutenção anual.

As manutenções preventivas incluirão limpeza interna e externa do equipamento, verificação de componentes elétricos e eletrônicos, calibração quando aplicável, teste de funcionamento em todas as funções, verificação de acessórios e complementos, lubrificação de partes móveis quando necessário, e substituição de peças com desgaste natural previsto.

Execução das Manutenções Preventivas

As manutenções preventivas serão executadas por profissionais qualificados. Para equipamentos com garantia ou contrato de manutenção, os serviços serão realizados pelas assistências técnicas autorizadas. Para equipamentos sem garantia, serão contratadas empresas especializadas que disponham de profissionais habilitados e peças originais ou com qualidade equivalente.

Durante a manutenção preventiva, o equipamento ficará temporariamente indisponível. O planejamento das manutenções considerará esse fator, evitando deixar sem funcionamento simultaneamente equipamentos similares ou essenciais. Quando necessário, será providenciado equipamento reserva temporário para garantir continuidade da assistência.

Registro das Manutenções Preventivas

Todas as manutenções preventivas serão registradas em ficha individual do equipamento. O registro incluirá data da manutenção, tipo de serviço realizado, peças substituídas, nome do profissional ou empresa que executou, próxima manutenção prevista, e observações sobre o estado do equipamento. Esse registro histórico permite acompanhamento da vida útil do equipamento e subsidia decisões sobre substituição quando necessário.

14.2.5 Manutenção Corretiva

Sempre que um equipamento apresentar defeito ou mau funcionamento, será aberta solicitação de manutenção corretiva. O processo seguirá fluxo organizado para garantir resolução rápida e eficiente do problema.

Abertura e Registro de Ocorrência

Quando um profissional identificar problema em algum equipamento, deverá comunicar imediatamente à coordenação ou responsável pela gestão de equipamentos. Será aberto registro da ocorrência contendo identificação do equipamento, descrição do problema relatado, data e horário da ocorrência, nome do profissional que identificou, e classificação da urgência.

A classificação de urgência considerará o impacto do equipamento na assistência. Equipamentos críticos para suporte à vida terão prioridade máxima e atendimento emergencial. Equipamentos importantes para o fluxo assistencial

terão atendimento prioritário. Equipamentos de menor impacto terão atendimento conforme ordem de solicitação.

Avaliação Técnica do Problema

Após registro da ocorrência, será realizada avaliação técnica do problema. Essa avaliação buscará identificar a causa do defeito, estimar a complexidade do reparo, verificar se há peças de reposição disponíveis, estimar o prazo de reparo, e avaliar o custo estimado da manutenção.

Com base nessa avaliação, será decidido se o reparo será realizado internamente (quando houver profissional capacitado e recursos disponíveis), se será acionada assistência técnica autorizada, ou se será necessário contratar empresa especializada.

Execução do Reparo

O reparo será executado por profissional habilitado. Durante a manutenção, serão utilizadas peças originais ou de qualidade equivalente. Após o reparo, será realizado teste de funcionamento para garantir que o equipamento foi completamente restabelecido. O equipamento só retornará ao uso após confirmação de funcionamento adequado.

Análise de Custo-Benefício

Durante a manutenção corretiva, será analisado o custo-benefício do reparo. Se o custo acumulado de manutenções do equipamento estiver próximo ou superior ao custo de aquisição de equipamento novo, será considerada a substituição. Equipamentos com histórico de quebras frequentes ou que apresentem obsolescência tecnológica também serão candidatos à substituição.

14.2.6 Substituição Programada de Equipamentos e Mobiliários

A substituição de equipamentos e mobiliários será realizada de forma planejada, evitando surpresas e indisponibilidade prolongada. Serão estabelecidos critérios claros para decisão de substituição.

Crítérios para Substituição

Um equipamento ou mobiliário será candidato à substituição quando a vida útil estiver comprometida, com funcionamento irregular mesmo após manutenções, o custo acumulado de manutenção ultrapassar o valor de aquisição de equipamento novo, o equipamento não atender mais aos padrões de segurança exigidos, houver obsolescência tecnológica com equipamentos novos oferecendo melhor desempenho ou segurança, o fabricante não oferecer mais peças de reposição, ou o equipamento apresentar defeitos recorrentes que comprometem a confiabilidade.

Planejamento da Substituição

A substituição será planejada com antecedência. Será elaborada lista de equipamentos prioritários para substituição, considerando o grau de criticidade para a assistência, estado atual de conservação, histórico de manutenções, e disponibilidade orçamentária. A lista será revisada periodicamente e apresentada à Secretaria Municipal de Saúde para conhecimento e eventual autorização de substituições.

Para mobiliários, será dada atenção especial a cadeiras, macas e camas. Mobiliários com estrutura comprometida, estofamento danificado, rodízios com problemas ou que apresentem risco de acidentes serão substituídos. A substituição de mobiliários também considerará aspectos ergonômicos e de conforto para usuários e profissionais.

Processo de Substituição

A substituição será feita mediante baixa patrimonial do equipamento antigo e aquisição do novo. O equipamento a ser substituído será mantido em funcionamento até a chegada do novo, sempre que possível. Após instalação e teste do equipamento novo, o antigo será retirado de operação, passará por processo de baixa patrimonial e será destinado conforme orientação da Secretaria Municipal de Saúde.

14.2.7 Critérios para Aquisição de Novos Equipamentos e Mobiliários

A aquisição de novos equipamentos e mobiliários seguirá critérios técnicos e operacionais rigorosos. Toda aquisição será justificada por necessidade assistencial ou operacional claramente identificada.

Identificação da Necessidade

A necessidade de aquisição pode decorrer de expansão de serviços, substituição de equipamento irreparável, adequação a novas normas técnicas, melhoria de processos assistenciais, ou modernização tecnológica. A necessidade será formalizada por meio de solicitação que contenha justificativa técnica, descrição do equipamento desejado, benefícios esperados, local de instalação, e estimativa de custo.

Especificação Técnica

Os equipamentos a serem adquiridos serão especificados tecnicamente, contemplando características técnicas mínimas, certificações obrigatórias (Anvisa, Inmetro, etc.), compatibilidade com a infraestrutura existente, requisitos de instalação, necessidade de treinamento para operação, e garantia mínima exigida.

As especificações serão elaboradas considerando as melhores práticas do mercado, sem, no entanto, direcionar a aquisição para marcas específicas.

Serão privilegiadas especificações que permitam concorrência e obtenção da melhor relação custo-benefício.

Adequação ao Orçamento Aprovado

Toda aquisição respeitará os limites orçamentários aprovados no Plano de Trabalho. Não serão realizadas aquisições sem a correspondente previsão orçamentária e disponibilidade financeira. Quando identificada necessidade de aquisição não prevista originalmente, será apresentada proposta de adequação orçamentária à Secretaria Municipal de Saúde para análise e eventual aprovação.

Procedimentos de Compra

As aquisições seguirão os procedimentos estabelecidos no regulamento próprio de compras e contratações da SOLUTION GESTÃO PÚBLICA, observando os princípios da impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade, eficiência e isonomia. Serão realizadas cotações de preços com no mínimo três fornecedores, quando disponíveis no mercado, garantindo seleção da proposta mais vantajosa.

14.2.8 Responsabilidade Patrimonial

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA será responsável pela guarda, conservação e uso adequado de todos os equipamentos e mobiliários da UPA. Essa responsabilidade será exercida por meio de controles e procedimentos específicos.

Designação de Responsáveis

Cada equipamento terá responsável designado pela sua guarda e uso adequado. Os responsáveis serão os coordenadores de cada setor ou profissionais especificamente designados. Essa designação será formalizada e registrada no cadastro do equipamento. O responsável terá como atribuições zelar pelo uso adequado do equipamento, comunicar problemas ou defeitos imediatamente, solicitar manutenções quando necessário, e orientar outros profissionais sobre o uso correto.

Orientação sobre Uso Adequado

Todos os profissionais que utilizarão equipamentos receberão orientação sobre o uso adequado. Equipamentos mais complexos terão manuais de operação disponíveis. Sempre que for adquirido equipamento novo, será realizado treinamento com os profissionais que o operarão. Esse treinamento poderá ser realizado pelo fornecedor do equipamento ou por profissional capacitado da própria equipe.

O uso adequado dos equipamentos prolonga sua vida útil, reduz quebras e garante segurança para pacientes e profissionais. Serão estabelecidas rotinas

de uso que incluam verificações pré-operatórias, limpeza após uso, e armazenamento adequado.

Controle de Movimentação Interna

Quando houver necessidade de movimentar equipamentos entre setores, isso será registrado. A movimentação incluirá autorização do responsável, registro da data de saída, local de destino, previsão de retorno, e registro do retorno. Esse controle evita extravios e permite localização rápida dos equipamentos quando necessário.

Comunicação de Danos, Extravios ou Irregularidades

Qualquer dano, extravio ou irregularidade envolvendo equipamentos será comunicado imediatamente à coordenação. Será aberto registro da ocorrência para investigação e adoção de medidas cabíveis. Em casos de danos causados por mau uso ou negligência, serão tomadas medidas administrativas conforme a gravidade, incluindo orientação, advertência ou outras medidas previstas na legislação trabalhista.

Casos de extravio serão investigados para identificação das causas e responsabilidades. Serão adotadas medidas para evitar recorrência, incluindo revisão de processos de controle e reforço de orientações às equipes.

14.2.9 Registro, Controle e Rastreabilidade

Todas as ações relacionadas à gestão de equipamentos e mobiliários serão registradas, garantindo rastreabilidade completa e suporte a auditorias e fiscalizações.

Inventário Patrimonial Atualizado

O inventário patrimonial será mantido permanentemente atualizado. Sempre que houver aquisição, baixa, movimentação ou qualquer alteração no status de equipamentos, o inventário será atualizado. O inventário permitirá consulta rápida sobre localização, estado e histórico de qualquer equipamento.

Registros de Manutenção Preventiva e Corretiva

Cada intervenção de manutenção, seja preventiva ou corretiva, será registrada em ficha individual do equipamento. Esses registros formarão histórico completo que permitirá análises sobre desempenho, confiabilidade e custo de manutenção ao longo do tempo.

Registros de Substituição e Aquisição

Toda substituição ou aquisição será documentada com especificação técnica do equipamento, justificativa da aquisição, processo de cotação realizado, nota fiscal, comprovante de pagamento, termo de recebimento, registro de entrada no inventário, e manual do equipamento.

Histórico de Uso e Conservação

Equipamentos críticos terão registro de uso que permitirá monitoramento. Esse registro pode incluir horas de funcionamento (quando o equipamento dispuser desse recurso), número de procedimentos realizados, incidentes ocorridos durante o uso, e observações sobre desempenho. Esses dados subsidiam decisões sobre manutenção e substituição.

14.2.10 Integração com o Sistema de Gestão e Qualidade

O Plano de Melhoria de Equipamentos e Mobiliários estará plenamente integrado ao sistema de gestão da UPA e aos programas de qualidade.

Integração com o Sistema de Gestão

A gestão de equipamentos fará parte das rotinas gerenciais da unidade. Relatórios periódicos apresentarão status dos equipamentos, manutenções realizadas, problemas identificados, equipamentos com necessidade de substituição, e custos envolvidos. Esses relatórios subsidiarão tomada de decisão e planejamento.

Integração com o Programa de Qualidade

A disponibilidade e funcionamento adequado de equipamentos impactam diretamente indicadores de qualidade. Serão monitorados indicadores como percentual de equipamentos em funcionamento, tempo médio de indisponibilidade por quebra, taxa de manutenção preventiva executada conforme programado, e satisfação dos profissionais quanto à disponibilidade e funcionamento dos equipamentos.

Integração com a Gestão por Indicadores

Indicadores específicos de gestão de equipamentos serão acompanhados mensalmente, incluindo total de equipamentos cadastrados, equipamentos em perfeito funcionamento, equipamentos em manutenção, equipamentos aguardando manutenção, custos de manutenção no período, e manutenções preventivas realizadas vs. programadas.

Integração com Segurança do Paciente

Equipamentos em mau funcionamento representam risco à segurança do paciente. O plano de manutenção garantirá que equipamentos críticos estejam sempre funcionando adequadamente. Qualquer incidente relacionado a equipamentos será registrado, investigado e utilizará as lições aprendidas para prevenção de recorrências.

Integração com Segurança do Trabalhador

Equipamentos também precisam ser seguros para os profissionais que os operam. A manutenção preventiva incluirá verificações de segurança como

aterramento adequado, integridade de cabos e conectores, funcionamento de alarmes e dispositivos de segurança, e ausência de riscos mecânicos.

14.2.11 Equipamentos Específicos da UPA de Colina/SP

Com base no inventário patrimonial apresentado no edital, a SOLUTION GESTÃO PÚBLICA dará atenção especial aos seguintes equipamentos críticos para o funcionamento da UPA:

Equipamentos de Suporte à Vida

Os ventiladores pulmonares, incluindo o Ventilador Pulmonar Eletrônico Trilogy 875 Philips 100 e o Respirador de Transporte Modelo VLP 2000E, receberão manutenção preventiva rigorosa trimestral com assistência técnica autorizada. Esses equipamentos são vitais para suporte de pacientes com insuficiência respiratória e devem estar sempre em perfeitas condições.

Os cardioversores e desfibriladores, essenciais para atendimento de paradas cardiorrespiratórias, terão verificação mensal de baterias, cargas armazenadas e funcionamento de alarmes. A manutenção preventiva semestral incluirá calibração e teste de todas as funções.

Equipamentos de Monitorização

Monitores cardíacos, oxímetros e demais equipamentos de monitorização terão manutenção preventiva semestral. A calibração será verificada regularmente para garantir leituras precisas. Sensores e cabos serão inspecionados e substituídos quando apresentarem desgaste.

Equipamentos de Diagnóstico

O Eletrocardiógrafo Bionet Cardiocare 2.0 e demais equipamentos de diagnóstico terão manutenção preventiva anual com verificação de calibração. Os impressores de papel terão manutenção de limpeza e ajuste trimestral para garantir impressão adequada dos exames.

Equipamentos de Procedimentos

Bisturis elétricos, aspiradores cirúrgicos, nebulizadores e demais equipamentos utilizados em procedimentos terão manutenção preventiva semestral. Será dada atenção especial à verificação de segurança elétrica, condição de acessórios (canetas de bisturi, cânulas de aspiração, máscaras de nebulização) e funcionamento adequado.

Macas e Camas

As macas móveis e camas de repouso terão inspeção regular de rodízios, freios, grades de proteção, colchões e estofamentos. Será verificado o funcionamento de mecanismos de regulagem de altura e cabeceira. Macas e

camas com problemas estruturais ou de segurança serão substituídas imediatamente.

Mobiliários Assistenciais

Mesas Mayo, carros de emergência, hampers, biombos e demais mobiliários assistenciais terão manutenção preventiva anual com verificação de estrutura, rodízios, gavetas, travas e funcionalidade geral. Será realizada limpeza profunda e correção de problemas identificados.

Equipamentos de Informática

Computadores, impressoras, monitores e demais equipamentos de informática terão manutenção preventiva semestral com limpeza interna, verificação de funcionamento, atualização de sistemas quando aplicável, e backup de dados importantes. Equipamentos obsoletos que não suportem mais os sistemas em uso serão substituídos.

Equipamentos de Comunicação

Os radiocomunicadores, essenciais para comunicação entre equipes e com o SAMU, terão manutenção preventiva semestral com verificação de baterias, antenas, qualidade do áudio e alcance do sinal. Baterias com perda de capacidade serão substituídas.

Equipamentos de Apoio

Ventiladores, ar condicionado, bebedouros, microondas, refrigeradores e demais equipamentos de apoio terão manutenção preventiva conforme recomendação do fabricante. Esses equipamentos, embora não diretamente ligados à assistência, são importantes para conforto e funcionamento adequado da unidade.

14.2.12 Proposta de Aquisições para Melhoria

Além da manutenção dos equipamentos existentes, a SOLUTION GESTÃO PÚBLICA apresentará proposta de aquisição de equipamentos complementares que possam melhorar a qualidade da assistência, sempre respeitando os limites orçamentários e mediante aprovação prévia da Secretaria Municipal de Saúde.

As aquisições propostas poderão incluir equipamentos reserva para garantir continuidade da assistência durante manutenções, equipamentos complementares para ampliar capacidade de atendimento, dispositivos de segurança ou monitoramento que reduzam riscos, mobiliários adicionais para melhorar organização e conforto, e equipamentos que permitam modernização de processos.

Toda proposta de aquisição será acompanhada de justificativa técnica detalhada, especificação do equipamento, benefícios esperados, estimativa de custo, e indicação da fonte de recurso dentro do orçamento aprovado.

14.2.13 Considerações Finais sobre Equipamentos e Mobiliários

O Plano de Melhoria de Equipamentos e Mobiliários demonstra o compromisso da SOLUTION GESTÃO PÚBLICA com a excelência na gestão patrimonial. A manutenção adequada, a substituição planejada e a gestão eficiente garantirão que a UPA de Colina/SP conte sempre com equipamentos funcionando adequadamente, contribuindo para a continuidade dos serviços, a segurança assistencial e a preservação do patrimônio público.

A gestão de equipamentos será conduzida com planejamento, transparência e em consonância com as melhores práticas de administração pública. Todos os registros, controles e documentações estarão disponíveis para fiscalização e auditoria, demonstrando o uso responsável dos recursos públicos e o compromisso com a qualidade da assistência prestada à população de Colina/SP.

15. Plano de gestão de insumos, medicamentos e resíduos

15.1 Gestão de Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares

15.1.1 Finalidade da Gestão de Medicamentos e Materiais

A gestão de medicamentos e materiais médico-hospitalares no Pronto Atendimento Municipal de Colina representa uma das atividades mais críticas para manter a assistência em funcionamento. O abastecimento precisa ocorrer de forma ininterrupta. Quando falta um item essencial durante um atendimento de urgência, toda a equipe sente o impacto direto. Por isso, este plano foi estruturado para garantir que os insumos necessários estejam sempre disponíveis.

O objetivo principal é assegurar que médicos, enfermeiros e demais profissionais encontrem os produtos necessários no momento certo. Isso significa ter medicamentos para emergências cardiológicas, materiais para curativos, soros, gases medicinais e equipamentos de proteção individual em quantidade adequada. A gestão não pode falhar, porque a vida dos pacientes depende dessa organização.

Além do abastecimento, o sistema precisa garantir qualidade e segurança. Medicamentos vencidos ou mal armazenados representam risco sanitário grave. Materiais contaminados podem causar infecções hospitalares. Por isso, o controle rigoroso de validade, condições de armazenamento e rastreabilidade são rotinas que serão executadas diariamente pela equipe responsável.

A eficiência operacional também faz parte da finalidade deste plano. Estoque parado representa desperdício de recursos públicos. Compras excessivas geram ocupação desnecessária de espaço e risco de vencimento. O planejamento adequado permite que a unidade opere com estoque enxuto mas suficiente, equilibrando disponibilidade imediata com uso responsável do orçamento.

Esta gestão estará alinhada ao Contrato de Gestão firmado com o município de Colina. Todos os processos seguirão as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as diretrizes do Sistema Único de Saúde e as boas práticas de farmácia hospitalar. A transparência será mantida por meio de registros detalhados que permitirão auditoria e fiscalização a qualquer momento.

15.1.2 Princípios Norteadores da Gestão de Insumos

Todo o sistema de gestão de medicamentos e materiais será orientado por princípios que guiarão as decisões do dia a dia. O primeiro e mais importante é a segurança do paciente. Qualquer dúvida sobre a qualidade de um medicamento será tratada com descarte imediato e substituição. Nenhum risco será tolerado quando se trata da saúde das pessoas atendidas.

O planejamento funciona como base para evitar surpresas. A equipe farmacêutica analisará o histórico de consumo mensalmente. Essa análise permitirá prever a necessidade futura e programar as aquisições com antecedência. Sazonalidades serão consideradas. Por exemplo, casos de doenças respiratórias aumentam no inverno, então o estoque de medicamentos para vias aéreas será reforçado antes desse período.

A rastreabilidade garante que cada medicamento ou material possa ser localizado rapidamente. Será possível saber de qual lote veio determinado produto, quando foi adquirido, como foi armazenado e quando foi dispensado. Em caso de recall de medicamento ou identificação de problema sanitário, a equipe conseguirá rastrear e recolher imediatamente os itens afetados.

O uso racional de medicamentos merece destaque especial. Antibióticos, por exemplo, só serão dispensados mediante prescrição específica. A equipe farmacêutica orientará os prescritores sobre protocolos de antimicrobianos para evitar resistência bacteriana. Medicamentos controlados terão registro individualizado de cada dispensação, conforme exigência da Portaria 344/98.

Prevenir perdas e desperdícios exige atenção constante. Medicamentos próximos do vencimento serão identificados e utilizados prioritariamente. A regra PVPS (primeiro que vence, primeiro que sai) será aplicada rigorosamente. Quebras de frascos, contaminação de materiais ou erros de armazenamento serão registrados para análise de causa e correção de procedimentos.

A transparência se concretiza por meio de documentação completa. Cada entrada de medicamento será registrada com nota fiscal, lote e validade. Cada saída terá justificativa documentada. Relatórios mensais mostrarão consumo por categoria, permitindo que gestores e fiscais do município acompanhem o uso dos recursos públicos.

15.1.3 Planejamento e Programação de Medicamentos e Materiais

O planejamento de consumo começa com análise detalhada do perfil assistencial da unidade. O Pronto Atendimento Municipal de Colina atende principalmente urgências clínicas e pequenas urgências traumáticas. Isso define quais medicamentos terão maior demanda. Analgésicos injetáveis, anti-inflamatórios, medicamentos para hipertensão e diabetes, soros fisiológicos e glicosados compõem a base do consumo diário.

Para estruturar o planejamento, a equipe farmacêutica coletará dados históricos de consumo dos últimos doze meses. Esses dados serão organizados por categoria de medicamento e material. A média mensal de cada item será calculada, identificando também os picos de consumo. Por exemplo, se soro glicosado tem consumo médio de 200 unidades mas pico de 280 unidades, o estoque mínimo considerará esse pico.

Os protocolos clínicos adotados na unidade influenciam diretamente a programação. Se o protocolo de dor torácica recomenda uso de AAS, nitroglicerina e morfina, esses itens terão estoque permanente garantido. A padronização de condutas facilita a previsão de consumo e evita que cada médico solicite marcas ou apresentações diferentes do mesmo princípio ativo.

O volume de atendimentos mensais será monitorado continuamente. Se a unidade atende em média 3000 pacientes por mês, é possível estimar que aproximadamente 30% necessitarão medicação injetável, 50% receberão prescrições de medicamentos orais para continuidade domiciliar, e 15% precisarão de materiais para curativos. Esses percentuais orientam a quantidade a ser mantida em estoque.

Sazonalidade será considerada no planejamento. Durante epidemias de dengue ou gripe, o consumo de antipiréticos e analgésicos aumenta significativamente. A programação de compras antecipará essas variações, evitando desabastecimento justamente quando a demanda está elevada. Calendários de vacinação e campanhas de saúde pública também serão considerados.

Os prazos de aquisição e reposição influenciam o planejamento. Se determinado fornecedor leva quinze dias para entregar, o ponto de pedido será calculado considerando esse prazo mais uma margem de segurança. Medicamentos de uso menos frequente mas essenciais para emergências, como adrenalina e atropina, terão estoque de segurança mesmo que o consumo seja baixo.

A capacidade instalada da farmácia também limita o planejamento. Não adianta programar estoque para seis meses se o espaço físico comporta apenas três. O almoxarifado da unidade será organizado para otimizar o armazenamento, mas sempre respeitando as condições adequadas de temperatura, iluminação e separação por categoria de risco.

15.1.4 Aquisição de Medicamentos e Materiais

As aquisições seguirão o regulamento próprio de compras da Organização Social, que observa princípios de economicidade, eficiência e transparência. Antes de qualquer aquisição, a equipe farmacêutica elaborará especificação técnica detalhada do produto necessário. Essa especificação incluirá princípio ativo, concentração, apresentação, forma farmacêutica e registro na Anvisa.

A seleção de fornecedores considerará critérios técnicos rigorosos. Empresas distribuidoras deverão apresentar Autorização de Funcionamento de Empresa junto à Anvisa, certificado de boas práticas de distribuição e armazenagem, além de documentação fiscal regular. Não basta ter o menor preço; é necessário garantir que o fornecedor opera dentro da legalidade sanitária.

Medicamentos termolábeis, que necessitam refrigeração, receberão atenção especial no processo de aquisição. O fornecedor precisará demonstrar capacidade de transporte em temperatura controlada. No recebimento, a temperatura da carga será aferida. Se houver quebra da cadeia de frio, o lote inteiro será recusado, mesmo que ainda esteja dentro da validade.

A rastreabilidade começa na aquisição. Cada nota fiscal de entrada será registrada no sistema com identificação do fornecedor, número do lote de cada produto, data de fabricação e prazo de validade. Esse registro permitirá localizar rapidamente qualquer item em caso de necessidade de recall ou investigação de evento adverso relacionado a medicamento.

Materiais médico-hospitalares também exigem critérios técnicos na aquisição. Seringas, agulhas, equipos de soro, sondas, cateteres e outros materiais deverão ter registro na Anvisa e certificação de esterilidade quando aplicável. A equipe verificará se os produtos adquiridos são compatíveis com os equipamentos já existentes na unidade, evitando problemas de conexão ou acoplamento.

Gases medicinais como oxigênio, ar comprimido medicinal e óxido nitroso seguem regulamentação específica da RDC 69/2008. O fornecedor deverá ser certificado pela Anvisa para fabricação e distribuição de gases. Os cilindros serão inspecionados no recebimento quanto à integridade, identificação correta do gás e pressão adequada. Cilindros danificados ou com identificação ilegível serão recusados.

A programação de entregas será acordada com fornecedores para evitar acúmulo excessivo de estoque. Entregas quinzenais de itens de alto consumo funcionam melhor que compras mensais grandes. Isso reduz necessidade de espaço para armazenamento e minimiza risco de perdas por vencimento. Para itens de baixo consumo, entregas mensais ou bimestrais são adequadas.

15.1.5 Armazenamento e Conservação

O almoxarifado da farmácia será organizado por categorias bem definidas. Medicamentos injetáveis ficarão separados dos orais. Materiais estéreis terão área exclusiva longe de produtos de limpeza. Soluções parenterais de grande volume ocuparão prateleiras reforçadas devido ao peso. Essa organização facilita localização rápida e reduz risco de erros na separação.

A temperatura ambiente do almoxarifado será monitorada continuamente. Termômetros de máxima e mínima registrarão as variações ao longo do dia. A maioria dos medicamentos requer armazenamento entre 15°C e 30°C. Quando a temperatura ultrapassar esse intervalo, o ar condicionado será acionado. Registro diário da temperatura ficará disponível para fiscalização.

Medicamentos termolábeis que exigem refrigeração entre 2°C e 8°C serão armazenados em geladeira exclusiva para medicamentos. Alimentos ou bebidas jamais compartilharão esse espaço. A temperatura será verificada duas vezes ao dia, no início e no final do expediente. Qualquer desvio será registrado e medidas corretivas serão tomadas imediatamente, incluindo transferência para geladeira reserva se necessário.

A iluminação do almoxarifado será adequada para leitura de rótulos mas evitará incidência direta de luz solar sobre os medicamentos. Luz ultravioleta pode degradar princípios ativos de diversos medicamentos. Prateleiras serão posicionadas longe de janelas. Quando houver necessidade de iluminação natural, vidros receberão películas que bloqueiam raios UV.

O controle de umidade complementa o controle de temperatura. Umidade excessiva pode deteriorar embalagens e favorecer crescimento de fungos. Umidade muito baixa pode ressecar alguns tipos de material. O almoxarifado manterá umidade relativa entre 40% e 70%. Desumidificadores serão utilizados em períodos de chuva prolongada.

Medicamentos controlados pela Portaria 344/98 terão armário específico com chave sob responsabilidade do farmacêutico. Psicotrópicos e entorpecentes ficarão em compartimento diferente dos demais controlados. O acesso será restrito e cada movimentação será registrada em livro específico conforme exigência legal. Balanços serão realizados semanalmente para conferência.

Materiais estéreis como gazes, compressas, campos cirúrgicos e kits de procedimento serão armazenados em local limpo e seco, protegidos de poeira. As embalagens serão inspecionadas quanto à integridade antes do armazenamento. Qualquer embalagem violada ou danificada implicará descarte do material, pois a esterilidade terá sido comprometida.

A disposição dos produtos nas prateleiras seguirá o sistema PVPS. Produtos com validade mais próxima ficarão na frente, sendo os primeiros a serem retirados. Cada prateleira terá identificação clara do produto, concentração e localização. Isso agiliza a separação de medicamentos para dispensação e facilita conferências de estoque.

Produtos de uso emergencial terão duplicidade de estoque. Além do estoque principal no almoxarifado, haverá kits de emergência na sala de urgência contendo medicamentos para PCR, choque anafilático e convulsões. Esses kits serão repostos imediatamente após uso e verificados diariamente quanto à validade e completude.

15.1.6 Controle de Estoque

O sistema de controle de estoque registrará cada movimentação de entrada e saída de medicamentos e materiais. Quando uma nota fiscal for recebida, todos os itens serão lançados no sistema com quantidade, lote, validade e localização física no almoxarifado. Esse registro inicial alimenta todo o controle posterior.

Cada dispensação de medicamento para as unidades assistenciais será registrada. A enfermagem solicitará reposição do carrinho de urgência ou dos armários de medicamentos por meio de requisição padronizada. O farmacêutico ou auxiliar conferirá a requisição, separará os itens, registrará a saída no sistema e fará a enfermeira assinar o recebimento. Esse fluxo garante rastreabilidade completa.

O controle de lote e validade funciona como barreira de segurança. Antes de dispensar qualquer medicamento, a validade será conferida. Produtos com menos de três meses para vencer serão sinalizados no sistema para uso prioritário. Quando a validade estiver próxima de um mês, o produto será avaliado quanto à possibilidade de uso imediato ou necessidade de devolução ao fornecedor se houver acordo comercial.

Estoque mínimo e máximo serão definidos para cada item baseado no consumo médio mensal. O estoque mínimo representará a quantidade necessária para duas semanas de funcionamento, considerando o tempo de reposição pelo fornecedor. Quando o estoque atingir esse patamar, pedido de reposição será acionado automaticamente. O estoque máximo evitará compras exageradas que ocupam espaço e aumentam risco de vencimento.

Inventários físicos completos serão realizados trimestralmente. Nessa ocasião, todo o estoque será contado item por item e comparado com o registro do sistema. Divergências serão investigadas. Se forem encontradas diferenças consistentes em determinado produto, o processo de movimentação será revisado para identificar falhas no registro ou possíveis perdas não documentadas.

Inventários rotativos complementarão os inventários completos. Semanalmente, uma categoria de produtos será contada. Por exemplo, na primeira semana do mês os analgésicos, na segunda os antibióticos, na terceira os soros, e assim sucessivamente. Esse sistema detecta problemas mais rapidamente que esperar pelo inventário trimestral.

O monitoramento de consumo identificará tendências importantes. Se o uso de determinado antibiótico estiver aumentando progressivamente, pode indicar mudança no perfil epidemiológico dos pacientes atendidos. Se o consumo de material de curativo crescer abruptamente, pode sinalizar aumento de atendimentos traumáticos. Esses padrões orientarão ajustes no planejamento.

Perdas por vencimento, quebra ou contaminação serão registradas em relatório específico de perdas. Cada ocorrência terá descrição da causa: vencimento por baixa rotatividade, quebra durante manuseio, contaminação por falha de armazenamento, entre outras. A análise mensal desses relatórios identificará necessidade de treinamento de equipe ou ajuste de processos.

15.1.7 Dispensação e Uso de Medicamentos

A dispensação de medicamentos na unidade seguirá protocolos rigorosos de segurança. Nenhum medicamento será entregue sem prescrição médica legível, com nome do paciente, nome do medicamento, dose, via de administração e assinatura do prescritor. Prescrições rasuradas ou ilegíveis serão devolvidas ao médico para correção.

O farmacêutico revisará prescrições antes da dispensação verificando dose, via de administração, possíveis interações medicamentosas e compatibilidade com o quadro clínico quando essa informação estiver disponível. Se identificar problema potencial, entrará em contato com o prescritor para esclarecimento. Essa revisão farmacêutica funciona como barreira adicional de segurança.

Medicamentos de alta vigilância como heparina, insulina, eletrólitos concentrados e sedativos receberão dupla checagem. O profissional que preparar a dose será diferente do que administrará. Ambos assinarão registro confirmando identidade do paciente, medicamento correto, dose correta, via correta e horário correto. Esse protocolo reduz drasticamente erros de medicação.

A separação de doses unitárias para administração será realizada em ambiente limpo e organizado. Bandejas identificadas com nome do paciente receberão os medicamentos prescritos. Seringas e frascos serão etiquetados com nome do medicamento, dose, via e horário de administração. Medicamentos para pacientes diferentes nunca serão preparados simultaneamente na mesma bancada, evitando trocas.

O descarte de medicamentos vencidos ou inutilizados seguirá a RDC 222/2018 sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Medicamentos e materiais perfurocortantes terão recipientes específicos. Medicamentos citotóxicos e antimicrobianos terão segregação diferenciada. Uma empresa especializada coletará periodicamente esses resíduos para destinação final adequada.

Medicamentos psicotrópicos e entorpecentes terão controle ainda mais rigoroso. Cada ampola, comprimido ou frasco será registrado individualmente no livro de controle com nome do paciente, prescritor, dose dispensada, data e horário. Esse livro ficará sob guarda do farmacêutico e disponível para fiscalização da vigilância sanitária a qualquer momento.

A orientação ao paciente sobre medicamentos prescritos para uso domiciliar será responsabilidade da equipe de enfermagem e do farmacêutico quando disponível. Informações sobre horários, interação com alimentos, efeitos adversos esperados e sinais de alerta serão fornecidas. Pacientes idosos ou com dificuldade de compreensão receberão orientação reforçada e preferencialmente acompanhados de familiar.

15.1.8 Monitoramento do Consumo e Prevenção de Desperdícios

O monitoramento de consumo gera relatórios gerenciais mensais. Esses relatórios mostrarão consumo total de medicamentos por categoria terapêutica, consumo de materiais por tipo de procedimento, e comparação com meses anteriores. Variações superiores a 20% para mais ou para menos serão investigadas para entender a causa.

A identificação de padrões de consumo permite ajustes na programação. Se ficar evidente que o consumo de dipirona é maior nos fins de semana quando há mais atendimentos traumáticos, o estoque será dimensionado considerando essa variação. Se antibióticos têm pico de uso em meses de inverno, a compra será antecipada.

Desvios de uso serão detectados por meio da análise de prescrições. Se determinado médico prescreve sistematicamente medicamentos não incluídos nos protocolos da unidade, isso será levado ao conhecimento da coordenação médica para alinhamento. Se há uso excessivo de determinado antibiótico, discussão sobre adequação da escolha terapêutica será proposta.

O uso inadequado de materiais também será monitorado. Se o consumo de luvas aumentar desproporcionalmente ao número de atendimentos, pode indicar desperdício. Treinamentos sobre uso racional de EPIs serão realizados. Se o consumo de equipos de soro estiver muito alto, verificação de possíveis trocas desnecessárias será feita.

Desperdícios serão prevenidos por meio de educação permanente da equipe. Técnicos de enfermagem aprenderão a técnica correta de aspiração de medicamentos de frascos multidose, evitando contaminação e permitindo aproveitamento total. A forma adequada de abrir pacotes estéreis sem contaminar o conteúdo será demonstrada regularmente.

O reaproveitamento responsável será incentivado quando possível. Frascos de soro fisiológico de 500ml que foram abertos mas não utilizados completamente poderão ser usados para limpeza de feridas ou diluição de medicamentos nas próximas horas, desde que mantidos em condições adequadas. Essa prática reduz desperdício sem comprometer segurança.

Ajustes no planejamento resultarão diretamente do monitoramento. Se determinado medicamento tem baixíssima rotatividade e frequentemente vence, a quantidade em estoque será reduzida. Se outro tem ruptura frequente, o estoque mínimo será aumentado. O sistema de gestão é dinâmico e responde aos dados coletados.

A tomada de decisão gerencial será apoiada pelos indicadores de consumo. Relatórios mensais subsidiarão reuniões entre farmácia, enfermagem e coordenação médica para discussão de protocolos, necessidade de novos itens, descontinuação de produtos obsoletos e adequação de quantidades em estoque.

15.1.9 Responsabilidades Institucionais

A coordenação administrativa da unidade terá responsabilidade geral pela gestão de medicamentos e materiais. Essa coordenação aprovará o planejamento anual de aquisições, autorizará compras emergenciais quando necessário, e responderá pela disponibilidade de recursos para manutenção do estoque adequado.

O responsável técnico pela farmácia será farmacêutico com registro ativo no Conselho Regional de Farmácia. Suas atribuições incluirão supervisão do armazenamento, controle de estoque, orientação sobre dispensação, revisão de

protocolos de medicamentos e interface com prescritores sobre uso racional. Esse profissional assinará documentação legal exigida pela vigilância sanitária.

A equipe de auxiliares de farmácia executará rotinas operacionais sob supervisão do farmacêutico. Receberão medicamentos e materiais conferindo notas fiscais, organizarão o almoxarifado, dispensarão produtos mediante requisição, registrarão movimentações no sistema e manterão a limpeza e organização da área.

As equipes assistenciais de enfermagem terão responsabilidade pelo uso correto dos medicamentos e materiais dispensados. Solicitarão reposições com antecedência suficiente para evitar falta durante atendimentos, seguirão protocolos de preparo e administração de medicamentos, descartarão adequadamente materiais utilizados e reportarão perdas ou problemas identificados.

A direção da unidade responderá pela adequação das instalações físicas para armazenamento, pela manutenção de equipamentos como geladeiras e ar condicionado, e pelo fornecimento de recursos humanos suficientes para operação da farmácia. Também garantirá que treinamentos periódicos sejam oferecidos a todos envolvidos na cadeia de medicamentos.

A definição clara de responsabilidades evita que tarefas fiquem sem responsável ou que haja sobreposição desnecessária. Cada profissional saberá exatamente o que se espera dele. Fluxos de comunicação entre as áreas serão estabelecidos para resolver problemas rapidamente. Reuniões mensais entre representantes de cada área fortalecerão a integração.

15.1.10 Registro, Documentação e Rastreabilidade

Toda entrada de medicamento ou material terá registro da nota fiscal anexada ao sistema. Informações como fornecedor, número da nota, data de recebimento, quantidade de cada item, lotes, validades e valores serão inseridos. Esse registro permitirá consulta posterior para auditorias, conferências ou investigações.

Os registros de estoque serão atualizados em tempo real. Cada dispensação, cada devolução, cada ajuste de inventário será lançado imediatamente. Relatórios de posição de estoque estarão disponíveis a qualquer momento, mostrando quantidade física de cada produto, sua localização no almoxarifado e prazo de validade mais próximo.

As dispensações terão registro completo incluindo requisitante, data, horário, itens dispensados com quantidade e lote, e assinatura de quem recebeu. Em caso de investigação sobre evento adverso relacionado a medicamento, será possível rastrear exatamente qual lote foi dispensado, quando e para qual setor da unidade.

Inventários terão documentação formal. A planilha de contagem será assinada pelos profissionais que realizaram a conferência física. Divergências encontradas serão justificadas. O farmacêutico responsável revisará e aprovará o inventário. Cópia ficará arquivada fisicamente e no sistema por no mínimo cinco anos.

Relatórios de consumo mensais consolidarão informações de movimentação. Mostrarão entrada total do mês, saída total, estoque inicial, estoque final, perdas registradas e taxa de giro de estoque. Esses relatórios serão enviados mensalmente à coordenação administrativa e à equipe de fiscalização do contrato.

A documentação de eventos adversos relacionados a medicamentos também será mantida. Se um paciente apresentar reação alérgica, a notificação será feita à farmacovigilância e cópia do registro ficará arquivada. Isso permite análise de tendências e identificação de medicamentos que causam maior incidência de reações.

Auditorias internas semestrais verificarão se a documentação está completa e organizada. Um profissional não envolvido na rotina da farmácia revisará registros, conferirá se procedimentos documentados estão sendo seguidos e identificará necessidade de melhorias nos processos de registro.

A rastreabilidade completa desde a aquisição até a administração ao paciente garante segurança sanitária máxima. Em caso de recall de medicamento, será possível identificar em minutos se a unidade possui lotes afetados, onde estão armazenados e se já foram utilizados. Essa agilidade pode salvar vidas.

15.1.11 Integração com o Sistema de Gestão e Qualidade

A gestão de medicamentos não funciona isoladamente. Estará integrada ao prontuário eletrônico da unidade, permitindo que prescrições sejam geradas digitalmente e transmitidas automaticamente para a farmácia. Isso reduz erros de transcrição e agiliza a dispensação. O farmacêutico poderá visualizar diagnóstico e histórico do paciente para fazer revisão mais completa da prescrição.

Os protocolos assistenciais adotados pela unidade definirão quais medicamentos devem estar disponíveis. O protocolo de sepse exige antibióticos de amplo espectro disponíveis 24 horas. O protocolo de IAM exige AAS, clopidogrel e anticoagulantes. A farmácia garantirá estoque permanente desses medicamentos essenciais para cumprimento dos protocolos.

O Programa de Qualidade da unidade incluirá indicadores específicos sobre gestão de medicamentos. Percentual de rupturas de estoque, taxa de perdas por vencimento, tempo médio para atendimento de requisições, número

de devoluções por erro de dispensação serão monitorados mensalmente. Metas serão estabelecidas e ações de melhoria serão implementadas quando indicadores não forem atingidos.

Os indicadores assistenciais terão relação direta com a qualidade da gestão farmacêutica. Se há aumento de infecções relacionadas à assistência, revisão dos processos de armazenamento e manuseio de materiais estéreis será realizada. Se há eventos adversos relacionados a medicamentos, os processos de dispensação e administração serão reavaliados.

A segurança do paciente permeia todas as atividades da farmácia. Participação em comitês de segurança do paciente permitirá que o farmacêutico contribua com sua expertise. Discussão de casos de erros de medicação levará a mudanças de processos. Implementação de barreiras de segurança como identificação por código de barras será considerada.

A educação permanente conecta gestão de medicamentos com qualidade assistencial. Treinamentos sobre preparo seguro de medicamentos, cálculo de doses, diluições corretas e vias de administração serão oferecidos regularmente à equipe de enfermagem. O farmacêutico atuará como multiplicador de conhecimento sobre uso racional de medicamentos.

A implantação de um sistema estruturado de gestão de medicamentos e materiais médico-hospitalares representa investimento em qualidade assistencial. Quando a equipe tem segurança de que os insumos necessários estarão disponíveis, o foco pode se concentrar totalmente no cuidado ao paciente. A preocupação com falta de material deixa de existir.

O abastecimento contínuo e seguro não acontece por acaso. Resulta de planejamento cuidadoso, execução disciplinada de rotinas, monitoramento constante e disposição para ajustar processos quando necessário. Cada profissional envolvido precisa compreender sua responsabilidade na cadeia de suprimentos.

O uso racional de medicamentos beneficia diretamente os pacientes e o sistema de saúde. Reduz eventos adversos, minimiza resistência bacteriana a antibióticos, evita interações medicamentosas perigosas e garante que cada prescrição seja baseada em evidências científicas. O farmacêutico clínico desempenha papel fundamental nessa racionalização.

A segurança do paciente está no centro de todas as decisões sobre medicamentos e materiais. Nenhum atalho que comprometa segurança será tolerado. Procedimentos podem parecer burocráticos mas existem para proteger vidas. A conferência tripla antes de administrar medicamento de alta vigilância pode parecer excessiva até que um erro seja evitado.

A eficiência na aplicação de recursos públicos é obrigação ética e legal. Cada real gasto em medicamentos e materiais poderia estar sendo usado em outros setores da saúde. Evitar desperdícios, negociar bons preços mantendo qualidade, otimizar estoques e prevenir perdas são formas de honrar a confiança que a população deposita na gestão dos recursos.

A conformidade com normas sanitárias não é opcional. A RDC 430/2020 estabelece requisitos para funcionamento de serviços de farmácia hospitalar. A Portaria 344/98 regulamenta medicamentos controlados. A RDC 222/2018 trata de resíduos. Descumprir essas normas expõe pacientes a riscos e sujeita a unidade a sanções. O cumprimento integral é premissa básica.

Os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade, integralidade e equidade se aplicam à gestão farmacêutica. Todo paciente atendido na unidade, independente de sua condição socioeconômica, terá acesso aos medicamentos necessários para seu tratamento. Não haverá diferenciação na qualidade dos insumos fornecidos.

A transparência na gestão permite que a sociedade fiscalize a aplicação dos recursos. Relatórios detalhados serão disponibilizados ao município mensalmente. Comissões de fiscalização poderão auditar processos e documentos a qualquer momento. Essa abertura fortalece a credibilidade da gestão e demonstra compromisso com o interesse público.

A melhoria contínua será perseguida constantemente. Indicadores ruins serão encarados como oportunidades de aprendizado. Processos deficientes serão redesenhados. Tecnologias que possam aumentar segurança ou eficiência serão avaliadas para implantação. A gestão de medicamentos e materiais evoluirá permanentemente.

15.2 Gestão de Gases Medicinais

15.2.1 Finalidade da Gestão de Gases Medicinais

A gestão de gases medicinais no Pronto Atendimento Municipal de Colina representa responsabilidade crítica para manutenção da vida dos pacientes atendidos. Oxigênio medicinal, especialmente, é insumo essencial que não pode faltar em nenhum momento. Pacientes com insuficiência respiratória, quadros cardiovasculares graves ou politraumatizados dependem de fornecimento ininterrupto para sobreviver.

O objetivo central deste plano é garantir que os gases medicinais estejam disponíveis 24 horas por dia, todos os dias do ano. Isso exige planejamento rigoroso de estoque, fornecedores confiáveis, sistemas de backup funcionando

e equipe treinada para operar corretamente todo o sistema. Uma falha nessa cadeia pode resultar em óbito de pacientes.

A segurança do paciente depende não apenas da disponibilidade mas também da qualidade dos gases fornecidos. Gases medicinais precisam atender especificações técnicas da Farmacopeia Brasileira. Oxigênio com pureza inferior a 99% ou contaminado com outros gases pode causar danos graves. Por isso, o fornecedor precisa ter certificação da Anvisa e processos produtivos validados.

A continuidade dos serviços assistenciais não pode ser comprometida por problemas com gases medicinais. Procedimentos de reanimação cardiopulmonar, estabilização de pacientes críticos, suporte ventilatório a pacientes em insuficiência respiratória dependem absolutamente de oxigênio. Ter sistema redundante e plano de contingência é obrigação, não opção.

A conformidade com normas técnicas garante que a unidade opera dentro dos padrões de segurança estabelecidos. A RDC 69/2008 regulamenta especificamente gases medicinais. A Norma Brasileira NBR 12188 estabelece requisitos para sistemas centralizados de oxigênio. Descumprir essas normas expõe pacientes e profissionais a riscos inaceitáveis e sujeita a unidade a interdição.

Este plano estabelece procedimentos operacionais para todas as etapas da gestão de gases medicinais. Desde a seleção do fornecedor até o uso na cabeceira do paciente, cada passo terá protocolo definido. A responsabilidade por cada etapa será claramente atribuída, evitando que tarefas críticas fiquem sem responsável.

15.2.2 Princípios Norteadores da Gestão de Gases Medicinais

A segurança do paciente e dos profissionais é o princípio fundamental que guia todas as decisões sobre gases medicinais. Qualquer dúvida sobre integridade de cilindro, funcionamento de válvula ou qualidade do gás será resolvida com substituição imediata. Nenhum risco será tolerado mesmo que isso signifique interromper temporariamente uso de determinado ponto até correção do problema.

A continuidade da assistência exige redundância em todo o sistema. A unidade terá sempre estoque reserva de cilindros além dos que estão em uso. Se o sistema centralizado de oxigênio falhar, cilindros portáteis estarão disponíveis imediatamente. Se o fornecedor principal atrasar entrega, fornecedor alternativo será acionado. Não haverá ponto único de falha.

A conformidade sanitária e técnica não é negociável. Todas as instalações seguirão rigorosamente a NBR 12188 e demais normas aplicáveis. Áreas de armazenamento terão sinalização adequada, ventilação conforme especificado,

sistemas de contenção contra quedas e distanciamento de fontes de ignição. Inspeções periódicas verificarão manutenção das condições.

A rastreabilidade permitirá identificar rapidamente a origem de qualquer problema. Cada cilindro recebido terá registro do fornecedor, número de série, lote, data de fabricação e certificado de análise. Se houver suspeita de contaminação, será possível identificar todos os cilindros do mesmo lote em minutos e retirá-los de circulação.

O planejamento e prevenção de riscos antecipam problemas antes que se tornem críticos. Consumo de oxigênio será monitorado diariamente. Se houver tendência de aumento, estoque será reforçado antes que atinja nível crítico. Cilindros próximos do fim serão substituídos preventivamente, não esperando esvaziar completamente.

A responsabilidade técnica e patrimonial está claramente definida. Um profissional da equipe de enfermagem será designado como responsável pelo acompanhamento diário dos gases medicinais. Esse profissional verificará pressão dos cilindros, conferirá estoque, solicitará reposições e reportará qualquer anormalidade imediatamente à coordenação.

15.2.3 Tipos de Gases Medicinais Utilizados

O oxigênio medicinal é o gás mais importante e de maior consumo na unidade. Será utilizado em praticamente todos os atendimentos de urgência respiratória, cardiovascular e traumática. Pacientes em crise asmática, DPOC descompensado, edema agudo de pulmão, infarto agudo do miocárdio e politraumatizados receberão oxigenioterapia. A unidade consumirá diariamente volume significativo deste gás.

O oxigênio medicinal fornecido terá pureza mínima de 99,5% conforme Farmacopeia Brasileira. Virá em cilindros de alta pressão identificados com cor verde. Cada cilindro terá capacidade variável, sendo mais comuns os de 10 metros cúbicos para reserva e 1 metro cúbico para uso em transporte interno de pacientes. Todos os cilindros terão certificado de análise do fabricante.

O ar comprimido medicinal é utilizado quando há necessidade de nebulização mas o oxigênio puro não é indicado. Pacientes com DPOC que dependem de hipoxemia relativa para manter drive respiratório receberão nebulização com ar comprimido medicinal em vez de oxigênio. Esse gás também alimenta respiradores mecânicos que operam com mistura de ar e oxigênio.

O ar comprimido medicinal precisa ser isento de óleo, umidade e contaminantes. Vem em cilindros identificados com cor preta e branca. A pureza e ausência de contaminantes são verificadas por certificado de análise. Válvulas e conexões são específicas para evitar troca acidental com outros gases.

A utilização de cada gás seguirá protocolos clínicos específicos. Oxigênio será administrado conforme saturação de oxigênio do paciente medida por oxímetro de pulso. O objetivo é manter saturação entre 94% e 98% em pacientes sem DPOC. Em pacientes com DPOC crônico, a meta é 88% a 92% para evitar depressão do drive respiratório.

As vazões de oxigênio serão ajustadas conforme necessidade clínica. Cânula nasal fornece até 6 litros por minuto. Máscara simples fornece 6 a 10 litros por minuto. Máscara com reservatório fornece 10 a 15 litros por minuto. Ventilação não invasiva com CPAP ou BiPAP consome fluxos ainda maiores. O dimensionamento do estoque considerará esses diferentes níveis de consumo.

15.2.4 Abastecimento e Fornecimento de Gases Medicinais

A seleção de fornecedores de gases medicinais seguirá critérios técnicos rigorosos. O fornecedor precisará ter Autorização de Funcionamento de Empresa concedida pela Anvisa especificamente para fabricação e distribuição de gases medicinais. Cópia dessa autorização será arquivada junto ao contrato. Fornecedores sem regularização sanitária não serão contratados independentemente do preço oferecido.

O fornecedor deverá comprovar capacidade de atendimento emergencial. Entregas regulares programadas são importantes, mas em situações críticas pode ser necessária entrega emergencial em poucas horas. O contrato estabelecerá prazo máximo para atendimento de solicitações emergenciais, tipicamente 4 a 6 horas. Fornecedor que não conseguir cumprir esse prazo será descredenciado.

A qualidade dos cilindros fornecidos será verificada a cada entrega. Cilindros devem estar íntegros, sem amassados, ferrugem ou danos na válvula. A identificação do gás contido precisa estar legível. Manômetros devem indicar pressão adequada, tipicamente 200 bar para cilindros cheios de oxigênio. Cilindros fora do padrão serão recusados no ato da entrega.

Cada cilindro entregue virá acompanhado de certificado de análise emitido pelo fabricante. Esse documento atesta que o gás contido atende especificações da Farmacopeia Brasileira quanto a pureza, ausência de contaminantes e características físico-químicas. O certificado será arquivado por no mínimo cinco anos, permitindo rastreabilidade completa.

O planejamento de reposição considerará consumo médio diário da unidade. Se o consumo médio é de 3 cilindros de 10m³ por dia, o estoque mínimo será de 15 cilindros, garantindo cinco dias de autonomia. Pedidos de reposição serão feitos quando o estoque atingir 8 cilindros, permitindo margem confortável antes de atingir o estoque mínimo.

O plano de contingência prevê situações em que o fornecedor principal não consegue atender. Um fornecedor secundário estará previamente cadastrado e pronto para acionamento. Esse fornecedor também terá todas as certificações necessárias. Contato telefônico de emergência ficará disponível 24 horas para a equipe de plantão.

Entregas programadas ocorrerão em dias e horários definidos, preferencialmente durante o dia em horário comercial quando há mais pessoal disponível para conferência. O motorista que fizer a entrega terá treinamento em manuseio de gases medicinais. Descarregamento será acompanhado por profissional da unidade que conferirá quantidades e condições dos cilindros.

A compatibilidade com a infraestrutura existente será verificada antes da primeira compra. Conexões de cilindros precisam ser compatíveis com reguladores de pressão e fluxômetros da unidade. Se a unidade opera com sistema de rosca padrão ABNT, os cilindros fornecidos precisam ter essa mesma conexão. Incompatibilidade de conexões pode impedir uso imediato dos gases.

15.2.5 Armazenamento e Instalações

A área de armazenamento de gases medicinais será exclusiva para essa finalidade. Não servirá como depósito de outros materiais ou equipamentos. Terá dimensões adequadas para comportar o estoque mínimo definido mais uma margem de segurança. Acesso será restrito a profissionais autorizados e treinados no manuseio de cilindros.

A localização da área de armazenamento seguirá requisitos de segurança. Ficará afastada de fontes de calor como caldeiras, estufas ou áreas de cocção. Não terá comunicação direta com áreas onde há risco de fogo como depósitos de inflamáveis. A distância mínima de 3 metros de qualquer fonte de ignição será respeitada conforme norma NBR 12188.

A ventilação natural será abundante para evitar acúmulo de gases em caso de vazamento. Janelas ou aberturas permitirão circulação constante de ar. A ventilação cruzada facilitará renovação do ar. Se houver necessidade, exaustores serão instalados para garantir ventilação forçada adequada, especialmente em áreas mais confinadas.

A identificação visual da área será clara e padronizada. Placas indicarão "ÁREA DE ARMAZENAMENTO DE GASES MEDICINAIS - ACESSO RESTRITO". Símbolos de proibição de fumar e proibição de chamas estarão afixados em locais visíveis. A sinalização seguirá padrões da ABNT para garantir reconhecimento imediato dos riscos.

Os cilindros serão armazenados na posição vertical, presos por correntes ou dispositivos de fixação que impeçam quedas. Cilindros soltos representam risco grave pois podem cair e romper a válvula, transformando-se em projéteis

mortais devido à alta pressão interna. Nunca haverá cilindros simplesmente apoiados na parede sem fixação.

A separação por tipo de gás evita trocas acidentais. Cilindros de oxigênio ficarão em área separada dos cilindros de ar comprimido medicinal. Essa separação física reduz drasticamente risco de conexão errada. Placas identificarão cada área especificando qual gás deve ser armazenado ali.

A separação por status de uso também será mantida. Cilindros cheios ficarão claramente separados dos cilindros vazios. Uma marcação visual simples como fita colorada ou etiqueta identificará cilindros vazios. Isso evita que profissionais peguem cilindro vazio em situação de emergência, perdendo tempo precioso.

As tampas de proteção das válvulas permanecerão colocadas nos cilindros que não estão em uso. Essas tampas protegem as válvulas contra impactos que poderiam danificá-las ou abri-las acidentalmente. Apenas no momento de conectar o cilindro ao sistema a tampa será removida.

O piso da área de armazenamento será liso, nivelado e resistente. Não terá desníveis ou obstáculos que possam dificultar movimentação de cilindros ou causar quedas. Será mantido limpo e livre de óleos, graxas ou outras substâncias que possam reagir com oxigênio. A limpeza será feita apenas com água e sabão neutro.

A temperatura da área será monitorada. Calor excessivo aumenta pressão interna dos cilindros e pode causar ruptura. Embora cilindros sejam projetados com válvulas de segurança que aliviam pressão excessiva, exposição a temperaturas muito altas deve ser evitada. A temperatura ideal fica entre 15°C e 30°C.

15.2.6 Controle, Monitoramento e Rastreabilidade

O registro de entrada de cilindros será realizado imediatamente no recebimento. Uma planilha de controle registrará data de entrada, quantidade recebida, tipo de gás, capacidade dos cilindros, número de série de cada um, lote, data de fabricação e nome do entregador. Essa planilha ficará em local acessível à equipe responsável pelo controle.

O controle de uso registrará cada vez que um cilindro for colocado em operação. Anotação incluirá data, horário, setor onde foi instalado, profissional responsável pela instalação e número de série do cilindro. Quando o cilindro for retirado de operação por estar vazio, nova anotação registrará data, horário e profissional responsável.

O estoque mínimo foi definido em 15 cilindros de 10m³ de oxigênio e 5 cilindros de 1m³ para transporte. Quando o estoque atingir 8 cilindros de 10m³, pedido de reposição será feito automaticamente ao fornecedor. A verificação de

estoque ocorrerá diariamente no início de cada plantão. Qualquer desvio será reportado imediatamente à coordenação.

O estoque máximo não ultrapassará 25 cilindros de 10m³ para evitar ocupação excessiva de espaço e imobilização de capital. O giro de estoque será acompanhado mensalmente. Estoque parado por mais de 90 dias será investigado para entender se o dimensionamento está superdimensionado.

O monitoramento de consumo identificará tendências importantes. Se o consumo médio diário estava em 3 cilindros e passou para 5 cilindros, isso pode indicar aumento do número de atendimentos ou aumento da gravidade dos casos. Essa informação orientará ajustes no estoque mínimo e na frequência de pedidos.

A identificação de cada cilindro será rigorosa. Além do número de série gravado pelo fabricante, a unidade colocará etiqueta adicional identificando data de entrada, destino previsto e status. Código de cores também será usado: verde para cheio, amarelo para em uso, vermelho para vazio. Essa identificação visual permite reconhecimento rápido à distância.

Os certificados de análise dos gases serão arquivados organizados por data de recebimento e tipo de gás. Em caso de evento adverso relacionado a gases medicinais, será possível localizar rapidamente o certificado correspondente ao lote utilizado. Esses documentos comprovarão que o gás recebido atendia especificações na origem.

O registro de ocorrências documentará qualquer anormalidade relacionada a gases medicinais. Cilindro vazando, válvula emperrada, manômetro defeituoso, conexão com rosca danificada, todas essas situações serão registradas. A descrição incluirá data, horário, local, natureza do problema, medidas tomadas e profissional que identificou.

Intercorrências graves como ruptura de cilindro ou vazamento significativo terão registro detalhado em formulário específico de investigação de incidentes. A análise incluirá causa raiz do problema, consequências ocorridas, medidas imediatas adotadas e ações preventivas para evitar recorrência. Esse registro será fundamental para aprendizado organizacional.

15.2.7 Manutenção Preventiva e Corretiva

A manutenção preventiva das instalações de gases medicinais seguirá cronograma definido baseado em recomendações do fabricante e normas técnicas. Válvulas redutoras de pressão serão inspecionadas trimestralmente quanto a vazamentos, funcionamento correto do regulador e integridade das conexões. Qualquer defeito identificado resultará em substituição imediata.

Os fluxômetros instalados nas paredes dos consultórios e sala de emergência receberão verificação mensal. Essa verificação checará se a escala

está legível, se a esfera se movimenta livremente dentro do tubo, se há trincas no tubo de vidro e se as conexões não estão frouxas. Fluxômetros danificados representam risco pois podem fornecer vazão incorreta.

As mangueiras que conectam cilindros aos pontos de uso serão trocadas anualmente mesmo que aparentem estar em bom estado. Com o tempo, o material pode ressecar e apresentar microfissuras que causam vazamentos. A prevenção por troca programada é mais segura que esperar falha ocorrer durante atendimento de emergência.

As conexões rápidas instaladas nas paredes para oxigênio e ar comprimido serão testadas semestralmente. O teste verificará se há vazamento quando o dispositivo está conectado e se a desconexão requer força adequada, nem muito fácil que desconecte acidentalmente, nem muito difícil que impeça remoção rápida quando necessário.

As inspeções periódicas de segurança incluirão verificação de toda a área de armazenamento. Checará se correntes de fixação dos cilindros estão íntegras, se sinalização continua legível, se ventilação está funcionando adequadamente, se há materiais estranhos armazenados inadequadamente na área e se iluminação está funcionando.

O sistema de alarme de baixa pressão, se existente, será testado mensalmente. Esse alarme avisa quando pressão do sistema centralizado cai abaixo do nível seguro. O teste simulará condição de baixa pressão para confirmar que alarme dispara e é audível nos setores críticos da unidade. Alarme que não funciona é tão perigoso quanto não ter alarme.

A manutenção corretiva será executada imediatamente quando identificado qualquer problema. Não haverá postergação de correções que afetem segurança do sistema. Se um cilindro apresentar vazamento na válvula, será isolado e retirado de operação instantaneamente. Fornecedor será acionado para troca ou o cilindro será devolvido com registro do defeito.

Todas as manutenções, preventivas ou corretivas, serão registradas em planilha específica. O registro incluirá data, tipo de manutenção, equipamento ou instalação afetado, problema identificado quando aplicável, ação realizada, peças substituídas, profissional executante e assinatura do responsável técnico aprovando o serviço.

A execução de manutenções será feita preferencialmente por técnicos do próprio fornecedor dos gases ou por empresas especializadas em instalações de gases medicinais. Essas empresas têm treinamento específico e conhecem as normas aplicáveis. Profissionais sem qualificação adequada não realizarão manutenções no sistema de gases medicinais.

15.2.8 Segurança do Paciente e do Trabalhador

A orientação e capacitação das equipes sobre uso seguro de gases medicinais será realizada na admissão de cada profissional e reforçada anualmente. O treinamento abordará riscos dos gases sob pressão, procedimento correto para conectar e desconectar cilindros, vazões apropriadas para cada dispositivo de oxigenioterapia e ações em caso de vazamento.

Os profissionais aprenderão a identificar cilindros corretamente pela cor e etiqueta. Nunca confiarão apenas na cor, pois cilindros podem ser pintados incorretamente. Sempre lerão a etiqueta de identificação do fabricante. Aprenderão que conexões de oxigênio e ar comprimido são diferentes justamente para evitar trocas perigosas.

O procedimento para transporte de cilindros será padronizado. Cilindros serão transportados sempre com tampa de proteção da válvula colocada. Serão mantidos na posição vertical mesmo durante transporte. Se precisar ser deitado temporariamente, será feito com cuidado para não bater a válvula. Carrinho de transporte apropriado será utilizado, nunca arrastar cilindro pelo chão.

A prevenção de vazamentos começa com conexões corretas. Antes de conectar regulador de pressão ao cilindro, a equipe verificará se há sujeira na saída da válvula. Um jato rápido de abertura e fechamento da válvula limpará qualquer resíduo. Depois disso, regulador será conectado e apertado adequadamente, sem força excessiva que possa danificar rosca.

A detecção de vazamentos será feita apenas com água e sabão. Nunca com fogo ou chama como ainda se vê em algumas práticas antigas extremamente perigosas. Solução de água e sabão aplicada nas conexões formará bolhas se houver vazamento. Detecção de vazamento resultará em aperto da conexão ou substituição da vedação. Vazamentos que persistem exigem substituição do componente.

Os protocolos de resposta a emergências com gases medicinais serão afixados na área de armazenamento e na sala de emergência. Em caso de incêndio próximo aos cilindros, a prioridade é evacuar pessoas e chamar bombeiros. Não tentar combater incêndio próximo a cilindros de alta pressão. Em caso de vazamento grande, ventilar área, isolar cilindro se possível fazer com segurança e evacuar pessoas.

O uso adequado de equipamentos e dispositivos compatíveis evita acidentes. Reguladores de pressão para oxigênio são específicos e não devem ser usados com outros gases. Fluxômetros têm escalas diferentes conforme o gás. Misturar equipamentos pode resultar em leituras erradas ou funcionamento inadequado com risco para pacientes.

A administração de oxigênio ao paciente seguirá princípios de segurança. Fontes de ignição serão afastadas de pacientes em uso de oxigênio. Fumar perto de oxigênio é proibido terminantemente. Equipamentos elétricos que possam

gerar faíscas não serão usados diretamente sobre paciente recebendo oxigênio. Embora oxigênio não seja inflamável, alimenta combustão vigorosamente.

Os trabalhadores aprenderão a reconhecer sinais de inalação excessiva de oxigênio em ambientes fechados mal ventilados. Tontura, náusea, dificuldade respiratória podem indicar deslocamento do ar ambiente por vazamento de oxigênio. Ao sentir esses sintomas, deixar imediatamente o local e permitir entrada de ar fresco. Nunca entrar em área fechada onde há suspeita de vazamento sem garantir ventilação adequada primeiro.

15.2.9 Responsabilidade Técnica e Patrimonial

A Organização Social assume responsabilidade integral pela gestão adequada dos gases medicinais no Pronto Atendimento Municipal de Colina. Isso inclui garantir abastecimento contínuo, manutenção das instalações, treinamento das equipes e conformidade com todas as normas aplicáveis. Essa responsabilidade não pode ser transferida ou diluída.

Um profissional será formalmente designado como responsável técnico pelo acompanhamento do sistema de gases medicinais. Esse profissional, preferencialmente da equipe de enfermagem, terá treinamento específico em gases medicinais. Será responsável por verificar diariamente estoque, pressão dos cilindros em uso, condições de armazenamento e solicitar reposições quando necessário.

A conservação das instalações e equipamentos relacionados a gases medicinais será prioridade. Deterioração de instalações pode causar vazamentos ou falhas graves. Investimento em manutenção preventiva é muito menor que custo de lidar com emergências por falta de gases ou acidentes. A direção da unidade garantirá recursos necessários para manutenção adequada.

A comunicação de irregularidades ou riscos identificados seguirá fluxo definido. Qualquer profissional que identifique problema relacionado a gases medicinais reportará imediatamente ao responsável técnico ou, na ausência deste, ao enfermeiro coordenador de plantão. Problemas graves que representem risco iminente serão comunicados também à direção da unidade.

As medidas corretivas serão adotadas sem demora quando identificadas não conformidades. Se inspeção revelar que correntes de fixação dos cilindros estão frouxas, serão ajustadas no mesmo dia. Se área de armazenamento estiver com ventilação insuficiente, providências para melhorar ventilação começarão imediatamente. Postergação de correções é inaceitável.

A responsabilidade patrimonial reforça que os cilindros e equipamentos pertencem ao patrimônio público. Serão tratados com zelo e cuidado. Perdas, danos ou desvios serão registrados e apurados. Cilindros vazios serão

devolvidos ao fornecedor para recarga. Nenhum cilindro será descartado ou destinado inadequadamente sem autorização formal.

O controle patrimonial dos cilindros incluirá inventário trimestral. Nesse inventário, todos os cilindros sob responsabilidade da unidade serão contados e localizados, incluindo os que estão na área de armazenamento, os que estão em uso nos setores e os que foram enviados para recarga. Divergências serão investigadas imediatamente.

15.2.10 Integração com Protocolos Assistenciais

Os protocolos clínicos e assistenciais da unidade definirão indicações precisas para uso de gases medicinais. O protocolo de atendimento à dispneia especificará quando iniciar oxigenioterapia, qual vazão usar conforme saturação apresentada e quando aumentar ou reduzir vazão baseado na resposta do paciente. Essas diretrizes padronizarão condutas e otimizarão uso dos gases.

O protocolo de reanimação cardiopulmonar exigirá oxigênio a 100% durante todo o procedimento. Isso significa máscara com reservatório ou ventilação com balão autoinsulflável conectado diretamente ao oxigênio. A equipe terá essas informações memorizadas e material já preparado no carrinho de emergência. Em PCR, segundos importam.

O protocolo de manejo de DPOC agudizado orientará uso criterioso de oxigênio. Nesses pacientes, oxigênio em excesso pode suprimir drive respiratório e piorar quadro. A orientação é titular oxigênio para manter saturação entre 88% e 92%, não mais. Equipe será treinada para entender essa particularidade e não aplicar oxigênio indiscriminadamente.

A segurança do paciente se beneficia diretamente da integração entre gases medicinais e protocolos. Quando todos seguem mesma orientação baseada em evidência científica, há menos variabilidade na prática e menos risco de erro. Protocolos bem definidos também facilitam treinamento de profissionais novos.

A gestão de insumos e medicamentos considera gases medicinais como parte integrante. O planejamento de consumo de oxigênio está relacionado com perfil dos atendimentos assim como planejamento de medicamentos. Se há epidemia de doença respiratória, tanto oxigênio quanto broncodilatadores terão consumo aumentado. Essa visão integrada melhora previsibilidade.

O Programa de Qualidade da unidade incluirá indicadores sobre gases medicinais. Percentual de plantões sem ruptura de estoque, número de cilindros vencidos ou defeituosos recebidos, tempo médio para reposição após solicitação, ocorrência de eventos adversos relacionados a gases. Esses indicadores orientarão melhorias contínuas.

O uso racional de gases medicinais evita desperdício. Oxigênio deixado ligado em fluxo alto quando paciente não está no leito desperdiça recurso precioso. Válvulas serão fechadas quando oxigênio não estiver sendo utilizado. Vazamentos serão corrigidos prontamente. Cada cilindro economizado representa recurso público bem aplicado.

15.2.11 Registro, Documentação e Auditoria

Os registros de fornecimento incluirão todas as entregas recebidas. Cada nota fiscal virá acompanhada de relação detalhada dos cilindros entregues com números de série, lotes e certificados de análise. Essa documentação será conferida no ato da entrega. Qualquer divergência entre documentação e produto físico resultará em recusa de parte ou totalidade da entrega.

Os registros de consumo mostrarão tendências ao longo do tempo. Gráficos mensais apresentarão evolução do consumo permitindo visualização rápida de padrões. Aumentos súbitos serão investigados. Reduções inesperadas também serão verificadas pois podem indicar subregistro ou mudança no perfil assistencial.

Os registros de manutenção comprovarão que equipamentos e instalações recebem cuidado adequado. Em auditoria ou fiscalização, esses registros demonstrarão compromisso com segurança. Ausência de registros de manutenção pode levar fiscal a presumir que manutenções não estão sendo realizadas, mesmo que estejam.

Os relatórios de controle e monitoramento serão elaborados mensalmente pelo responsável técnico pelos gases medicinais. Consolidarão informações de estoque inicial, entradas, saídas, estoque final, consumo médio diário, ocorrências registradas e manutenções realizadas. Esse relatório será analisado pela coordenação administrativa e arquivado.

Os registros de incidentes ou não conformidades documentarão problemas identificados. Cada registro incluirá descrição objetiva do problema, data e hora, local, pessoas envolvidas, consequências imediatas, ações corretivas tomadas e previsão de implementação de ações preventivas. Análise trimestral desses registros identificará necessidade de treinamentos ou ajustes de processos.

A rastreabilidade completa será possível através da documentação mantida. Se houver necessidade de localizar qual cilindro foi usado em determinado paciente em determinado dia, os registros permitirão isso. Essa capacidade é essencial para investigação de eventos adversos e para atender requisições judiciais ou fiscais.

As auditorias internas ocorrerão semestralmente. Auditor verificará se procedimentos documentados estão sendo seguidos na prática. Inspecionará

área de armazenamento, conferirá registros, entrevistará profissionais sobre conhecimento dos procedimentos e verificará se treinamentos foram realizados conforme programado.

A transparência com órgãos fiscalizadores será total. Vigilância sanitária municipal pode solicitar inspeção a qualquer momento. Toda documentação estará organizada e acessível. Responsável técnico estará disponível para responder questionamentos. Postura colaborativa e transparente fortalece relação com fiscalização e demonstra seriedade da gestão.

A gestão de gases medicinais no Pronto Atendimento Municipal de Colina não pode falhar. Vidas dependem literalmente da disponibilidade contínua desses insumos essenciais. Este plano estabelece todos os procedimentos necessários para garantir fornecimento ininterrupto, armazenamento seguro, uso correto e conformidade com normas sanitárias.

O fornecimento contínuo resulta de planejamento cuidadoso. Estoque dimensionado adequadamente, fornecedores confiáveis, pedidos feitos com antecedência, plano de contingência ativado quando necessário. Nada disso acontece por acaso. Exige disciplina diária, atenção aos detalhes e comprometimento de todos envolvidos.

A segurança do paciente está no centro de todas as decisões sobre gases medicinais. Qualquer dúvida será resolvida priorizando segurança máxima. Economia que comprometa segurança não é economia verdadeira. O custo de um acidente grave supera em muito qualquer economia aparente com fornecedor mais barato ou procedimento menos rigoroso.

A qualidade do atendimento melhora quando equipe tem confiança de que gases medicinais estarão disponíveis. Médicos prescrevem oxigenioterapia com segurança. Enfermeiros administram sem receio de falta durante plantão. Pacientes recebem tratamento adequado. Esse círculo virtuoso depende de gestão competente.

A conformidade sanitária não é fardo burocrático. Normas existem porque foram escritas com sangue de vítimas de acidentes passados. Cada requisito tem razão de existir baseada em análise de risco. Cumprir integralmente demonstra respeito pela vida e pela história das pessoas que sofreram para que essas lições fossem aprendidas.

O alinhamento com o Contrato de Gestão firmado com município de Colina obriga a Organização Social a manter padrões elevados. O contrato estabelece metas e indicadores que serão monitorados. Ruptura de estoque de gases medicinais é inaceitável e pode ensejar penalidades contratuais além de expor pacientes a risco inaceitável.

Os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade e integralidade aplicam-se aos gases medicinais. Todo paciente que necessitar de oxigenioterapia receberá, independentemente de sua condição. Não haverá racionamento ou restrição de acesso. A gestão garantirá estoque suficiente para atender a demanda sem limitações.

A melhoria contínua será perseguida incansavelmente. Indicadores ruins serão transformados em oportunidades de aprendizado. Processos deficientes serão corrigidos. Novas tecnologias que aumentem segurança ou eficiência serão avaliadas. A gestão de gases medicinais evoluirá permanentemente buscando excelência.

15.3 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS

15.3.1 Finalidade do Plano de Gerenciamento de Resíduos

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do Pronto Atendimento Municipal de Colina estabelece como será feito o manejo de todo material descartado durante as atividades assistenciais e administrativas. Desde uma agulha usada até papel de escritório, cada resíduo precisa ter destino correto. Falhas nessa gestão colocam em risco trabalhadores, pacientes e a comunidade do entorno.

A finalidade principal é proteger a saúde de todas as pessoas que trabalham na unidade. Profissionais de enfermagem, médicos, equipe de limpeza e manutenção estão diariamente expostos a resíduos potencialmente contaminados. Um perfurocortante descartado incorretamente pode causar acidente grave com transmissão de HIV, hepatites ou outras doenças. O plano elimina ou reduz drasticamente esses riscos.

A proteção da saúde pública vai além dos muros da unidade. Resíduos infectantes que chegam ao aterro comum sem tratamento prévio contaminam solo e lençol freático. Catadores de lixo que manuseiam esses materiais podem contrair doenças e disseminá-las. A responsabilidade da unidade de saúde não termina quando o caminhão de lixo sai do estacionamento; ela vai até a destinação final ambientalmente adequada.

A preservação do meio ambiente também é compromisso assumido neste plano. Resíduos químicos como reveladores de radiografia, medicamentos vencidos e produtos de limpeza não podem ser jogados em esgoto comum. Metais pesados e outras substâncias persistem no ambiente por décadas causando danos à fauna e flora. O descarte correto é obrigação legal e ética.

O atendimento às normas sanitárias e ambientais vigentes garante que a unidade opera em conformidade com a lei. A RDC 222/2018 da Anvisa

estabelece requisitos detalhados para gerenciamento de resíduos. Resoluções do Conama também se aplicam. Descumprimento sujeita a unidade a multas pesadas, interdição e responsabilização civil e criminal dos gestores.

Este PGRSS integra o Sistema de Gestão da unidade e o Programa de Qualidade porque resíduos mal gerenciados comprometem qualidade assistencial. Infecções hospitalares podem ter origem em falhas no descarte de resíduos. A percepção de limpeza e organização pelos pacientes inclui ver que resíduos são manejados adequadamente. Gestão de resíduos é indicador de qualidade gerencial.

15.3.2 Base Legal e Normativa

A RDC 222/2018 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária é a norma federal principal que regulamenta gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Ela estabelece classificações, define procedimentos de manejo, especifica requisitos para armazenamento e transporte, e determina responsabilidades dos geradores. Todo o PGRSS será estruturado tendo essa resolução como referência central.

A Resolução Conama 358/2005 trata dos aspectos ambientais do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Embora parcialmente revogada pela RDC 222, alguns dispositivos continuam vigentes especialmente quanto a licenciamento de empresas tratadoras e transportadoras. O cumprimento dessas normas garante que a destinação final atende exigências ambientais.

As normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas aplicáveis incluem NBR 12807 sobre terminologia de resíduos de serviços de saúde, NBR 12808 sobre classificação, NBR 12809 sobre procedimentos de manejo e NBR 12810 sobre coleta de resíduos. Essas normas técnicas detalham procedimentos operacionais que serão seguidos na rotina da unidade.

A legislação estadual de São Paulo adiciona requisitos específicos. Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde e deliberações da CETESB sobre licenciamento de sistemas de tratamento serão observadas. Se houver legislação municipal de Colina sobre resíduos de serviços de saúde, será igualmente cumprida. O princípio é sempre atender à norma mais restritiva quando houver divergência.

As normas de segurança e saúde do trabalhador protegem quem manuseia resíduos diariamente. A NR 32 do Ministério do Trabalho estabelece requisitos específicos para segurança em serviços de saúde incluindo manejo de resíduos. Fornecimento de EPIs adequados, treinamento obrigatório e procedimentos para acidentes com material biológico são exigências que serão cumpridas integralmente.

O Contrato de Gestão firmado com município de Colina estabelece diretrizes adicionais sobre gerenciamento de resíduos. Pode definir metas de redução de volume, exigir relatórios periódicos ou determinar uso de empresas específicas pré-cadastradas. Todas essas cláusulas contratuais serão observadas como se fossem normas legais.

A conformidade regulatória não é apenas obrigação legal mas também proteção para gestores. Em caso de acidente grave, investigações verificarão se normas estavam sendo cumpridas. Demonstrar que havia PGRSS implementado, equipe treinada e procedimentos sendo seguidos é defesa importante contra responsabilização pessoal de dirigentes.

15.3.3 Abrangência do PGRSS

As áreas assistenciais são as maiores geradoras de resíduos de risco biológico. Salas de atendimento médico, consultórios de enfermagem, sala de medicação, sala de procedimentos e observação geram diariamente resíduos contaminados com sangue e fluidos corporais. Cada uma dessas áreas terá coletores apropriados para segregação correta no ponto de geração.

A sala de emergência produz volume significativo de resíduos durante atendimentos de urgência. Reanimações cardiopulmonares geram muitos resíduos em poucos minutos: equipos de soro, seringas, ampolas, compressas, luvas. Após estabilização do paciente, equipe precisará descartar tudo corretamente antes de limpar área para próximo atendimento. Coletores de perfurocortantes e lixeiras para infectantes estarão posicionados estrategicamente.

As áreas administrativas geram principalmente resíduos comuns como papel de escritório, embalagens e resíduos orgânicos. Mas também podem gerar resíduos químicos como toners de impressora, pilhas e baterias. A segregação nessas áreas é mais simples mas não menos importante. Recicláveis serão separados quando houver coleta seletiva implantada.

As áreas de apoio incluem cozinha, lavanderia, almoxarifado e manutenção. Cada uma tem perfil específico de resíduos. Cozinha gera principalmente orgânicos. Lavanderia pode gerar resíduos contaminados dependendo do tipo de roupa processada. Almoxarifado gera embalagens. Manutenção pode gerar resíduos químicos como solventes, tintas e óleos.

Os serviços terceirizados também estão abrangidos pelo PGRSS. Se há empresa terceirizada de limpeza, seus funcionários seguirão os mesmos procedimentos que funcionários diretos. Empresa de manutenção que gerar resíduos perigosos durante serviços prestados será responsável pelo descarte conforme orientação do PGRSS. Cláusulas contratuais com terceiros estabelecerão essas obrigações.

Áreas externas como estacionamento e jardins também geram resíduos. Capina produz resíduos orgânicos. Manutenção de áreas externas pode gerar entulho. Embora não sejam resíduos de serviços de saúde propriamente ditos, terão destinação adequada conforme legislação ambiental aplicável a resíduos sólidos urbanos.

A abrangência total garante que nenhuma área opere sem diretrizes claras sobre resíduos. Todo profissional, em qualquer setor, saberá como descartar corretamente o que for gerado em sua atividade. Não haverá zonas cinzentas onde descarte é feito de qualquer jeito por falta de orientação.

15.3.4 Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde

Os resíduos do Grupo A são os que contêm agentes biológicos com risco de infecção. Incluem bolsas de sangue contaminadas, peças anatômicas, kits de linhas arteriais, filtros de ar e gases oriundos de áreas contaminadas, materiais resultantes de procedimentos invasivos, culturas de microrganismos. Compõem o maior volume de resíduos das áreas assistenciais.

O Grupo A é subdividido em A1, A2, A3, A4 e A5 conforme o risco. Resíduos A1 incluem culturas de laboratório e resíduos de fabricação de vacinas. Não são aplicáveis ao perfil do Pronto Atendimento. Resíduos A2 são carcaças de animais, não aplicável. Resíduos A3 são peças anatômicas humanas, raras em pronto atendimento. A4 são resíduos que não apresentam risco biológico mas por terem entrado em contato com pacientes são considerados infectantes, como bolsa de soro vazia, equipo usado, gaze não contaminada com sangue. A5 são órgãos e tecidos, não aplicável.

Os resíduos do Grupo B são resíduos químicos. Incluem medicamentos vencidos ou não utilizados, reveladores e fixadores de radiografia se houver raio-X, desinfetantes e produtos de limpeza, pilhas e baterias. No Pronto Atendimento o volume tende a ser menor mas o risco ambiental é alto. Mercúrio de termômetros quebrados também é Grupo B.

Os resíduos do Grupo C são rejeitos radioativos. Não são aplicáveis ao Pronto Atendimento Municipal pois não há serviços de medicina nuclear. Se houver aparelho de raio-X, os resíduos seriam apenas químicos do Grupo B, não radioativos do Grupo C. Esta classificação é mantida por completude mas não terá procedimentos específicos.

Os resíduos do Grupo D são resíduos comuns equivalentes a resíduos domiciliares. Papel de escritório, papelão, resíduos de varrição, resíduos de jardinagem, restos alimentares da copa. Não apresentam risco biológico, químico ou radiológico. Podem ser tratados como lixo comum e parte deles é reciclável.

Os resíduos do Grupo E são materiais perfurocortantes. Agulhas, lâminas de bisturi, escalpes, ampolas de vidro, lâminas de barbear, micropipetas. São os resíduos de maior risco de acidente ocupacional. Uma única agulha descartada incorretamente pode perfurar saco de lixo e ferir trabalhador durante coleta. Por isso recebem manejo especialíssimo.

A classificação correta no momento do descarte é fundamental. Profissional que gerou o resíduo precisa saber em qual coletor descartar. Treinamentos periódicos reforçarão classificação. Cartazes ilustrativos serão afixados próximos aos coletores mostrando exemplos de cada tipo de resíduo. Cores padronizadas auxiliam reconhecimento rápido.

15.3.5 Segregação dos Resíduos

A segregação acontece no exato momento e local onde resíduo é gerado. Enfermeira que termina procedimento descarta cada item no coletor apropriado imediatamente. Não acumula resíduos em bancada para separar depois. Segregação posterior aumenta risco de acidente e de mistura inadequada. O princípio é: gerou, segrega, descartou.

Os sacos plásticos seguem código de cores estabelecido pela RDC 222. Saco branco leitoso para resíduos do Grupo A infectantes. Saco laranja para resíduos do Grupo B químicos. Saco preto para resíduos do Grupo D comuns. Saco transparente ou cor específica definida pelo município para recicláveis quando houver coleta seletiva. As cores facilitam identificação visual à distância.

Os coletores de perfurocortantes são rígidos, resistentes a perfuração, com tampa e abertura que não permite retirada de material após descarte. Cor amarela com símbolo de risco biológico. Descartex é marca comercial conhecida mas há diversos fabricantes certificados. Esses coletores não podem ser esvaziados e reutilizados; são descartados juntamente com conteúdo quando atingem linha de preenchimento máximo.

Os recipientes para resíduos ficam posicionados estrategicamente nas áreas assistenciais. Sala de medicação terá coletor de perfurocortantes na bancada de preparo, lixeira com saco branco para resíduos infectantes e lixeira com saco preto para resíduos comuns. Cada posto de enfermagem, consultório e box de atendimento terá conjunto similar. Profissional não pode precisar atravessar sala com resíduo na mão procurando onde descartar.

A identificação dos coletores além da cor incluirá etiqueta ou impressão com nome do grupo de resíduo e símbolo de risco biológico quando aplicável. Símbolo internacional de risco biológico é reconhecido universalmente. Mesmo profissionais que não falam português reconhecerão símbolo. Essa redundância de informação (cor + símbolo + texto) reduz erros de segregação.

A prevenção de misturas inadequadas é crítica. Resíduo comum misturado com infectante obriga tratamento de todo o volume como infectante, aumentando custo desnecessariamente. Pior ainda é resíduo infectante misturado com comum, pois cria risco sanitário grave. Treinamento repetitivo e supervisão constante garantirão que segregação seja respeitada.

Os resíduos recicláveis quando segregados trarão benefício ambiental e eventualmente receita da venda. Papel, papelão, plásticos e metais limpos podem ser reciclados. Importante garantir que não estão contaminados. Papel sujo com sangue não é reciclável, vai para infectante. Frascos de soro vazios limpos podem ser recicláveis. A decisão de implantar coleta seletiva considerará logística e viabilidade de comercialização.

15.3.6 Acondicionamento dos Resíduos

Os sacos plásticos para resíduos infectantes terão espessura mínima conforme NBR, tipicamente 0,10mm, para resistir a rasgos durante manuseio. Precisam ter capacidade suficiente para comportar volume gerado até próxima coleta. Sacos de 100 litros são tamanho usual para áreas de maior geração. Sacos menores de 30 ou 50 litros servem para consultórios.

O preenchimento dos sacos não pode ultrapassar dois terços da capacidade. Isso permite fechar o saco com segurança fazendo nó ou laço. Saco cheio demais rasga ao tentar fechar. Também pesa muito dificultando transporte. A regra prática é: se saco começa a forçar as laterais do coletor, está na hora de fechar e substituir antes de encher mais.

O fechamento dos sacos será feito com nó duplo ou laço plástico que impeça abertura acidental durante transporte. Não usar arame, cliques metálicos ou grampos que podem perfurar saco ou ferir trabalhador. Após fechado, nenhum resíduo adicional pode ser colocado naquele saco. Saco cheio e fechado vai para armazenamento temporário e novo saco limpo é colocado no coletor.

Os coletores rígidos de perfurocortantes têm linha de preenchimento máximo marcada. Geralmente é cerca de 70% da capacidade total. Quando resíduos atingem essa linha, coletor precisa ser fechado definitivamente e substituído. Preencher além da linha dificulta fechamento seguro da tampa e aumenta risco de perfuração durante transporte. Coletor fechado é tratado como resíduo infectante do Grupo E.

As caixas de papelão reforçado são alternativa aos coletores plásticos de perfurocortantes. Têm menor custo mas mesma eficiência. Precisam ter revestimento interno impermeável e tampa de fechamento irreversível. São especialmente úteis para serviços com grande volume de perfurocortantes pois podem ser adquiridas em tamanhos maiores.

A identificação externa das embalagens incluirá símbolo de risco biológico impresso ou adesivo. Se resíduo é químico, símbolo apropriado conforme o tipo de substância. Nome do estabelecimento gerador, data de fechamento e nome do responsável pelo fechamento também podem ser incluídos para rastreabilidade.

As embalagens secundárias são usadas quando saco primário pode perfurar ou vaziar. Resíduos muito molhados ou com líquidos em quantidade podem precisar de embalagem secundária impermeável. Resíduos com partes pontiagudas mesmo que não sejam perfurocortantes podem ser embalados primeiro em papelão antes de colocar no saco plástico.

A substituição das embalagens seguirá cronograma baseado em volume de geração. Áreas de grande geração como sala de emergência podem necessitar troca de sacos a cada plantão. Consultórios de baixa geração podem ter troca a cada dois ou três dias. Importante é nunca deixar acumular além da capacidade ou além do tempo recomendado que é 24 horas para infectantes.

15.3.7 Coleta e Transporte Interno

Os roteiros de coleta interna serão definidos para otimizar tempo e minimizar percursos. Coletor começará pelas áreas mais distantes e terminará próximo ao abrigo de resíduos. Isso evita que precise passar várias vezes pelo mesmo corredor. Fluxo será sempre no sentido horário ou anti-horário, nunca zigue-zague aleatório que confunde e aumenta tempo.

Os horários de coleta serão compatíveis com rotina assistencial. Evitar horários de pico de atendimento quando corredores estão cheios de pacientes e acompanhantes. Horários entre picos ou durante troca de plantão são melhores. Três coletas diárias são usuais: manhã, tarde e noite. Áreas de grande geração podem necessitar coletas mais frequentes.

Os carrinhos de transporte serão específicos para resíduos. Construídos em material liso, impermeável, resistente, com rodas de borracha para reduzir ruído. Terão tampa para evitar exposição dos resíduos durante transporte. Capacidade adequada para volume coletado em uma rota. Identificados com símbolo de resíduo infectante e uso exclusivo para essa finalidade.

A separação dos fluxos de resíduos e pessoas é princípio básico de segurança. Carro de resíduos não deve cruzar com macas de pacientes, carros de alimentação ou materiais limpos. Idealmente haverá elevador exclusivo para resíduos se for prédio com mais de um andar. Se não for possível, horários de transporte de resíduos serão diferentes de horários de transporte de outros materiais.

Os profissionais que realizam coleta interna usarão EPIs completos. Luvas de borracha nitrílica de cano longo, avental impermeável, sapato fechado

antiderrapante, máscara e óculos de proteção. Em algumas situações podem usar também protetor facial. EPIs protegem contra respingos, vazamentos ou rompimento acidental de embalagem durante transporte.

A prevenção de acidentes durante coleta inclui nunca arrastar sacos pelo chão. Sempre levantar com as duas mãos segurando pelo nó de fechamento. Não comprimir sacos contra o corpo. Colocar cuidadosamente no carrinho sem jogar ou empilhar de forma desorganizada. Se saco estiver vazando ou rasgado, não transportar; embalar em segundo saco no local e depois transportar.

As rotinas serão documentadas em Procedimento Operacional Padrão que descreve passo a passo como fazer coleta. Esse POP será treinado com equipe de limpeza que executa coleta. Cópias plastificadas podem ficar fixadas no abrigo de resíduos para consulta. Revisão anual do POP garantirá que permanece atualizado.

15.3.8 Armazenamento Temporário

A localização do abrigo de resíduos atende requisitos específicos. Fácil acesso para caminhões de coleta externa mas isolado de áreas de convivência de pacientes. Piso de material liso, impermeável, lavável, resistente. Paredes com revestimento liso até teto. Iluminação artificial para higienização noturna. Ventilação natural ou forçada para dissipar odores.

As dimensões do abrigo comportam volume de resíduos gerado em até 24 horas para resíduos infectantes e químicos. Para resíduos comuns pode ser até 48 horas dependendo da frequência de coleta municipal. Se unidade gera 100 kg de infectantes por dia, abrigo precisa comportar esse volume mais margem de segurança de 20%.

A separação interna do abrigo mantém resíduos de grupos diferentes em ambientes ou áreas distintas. Infectantes não ficam misturados com comuns. Químicos ficam separados também. Pode ser separação física com paredes ou apenas demarcação no piso com pintura. O importante é manter segregação que foi feita lá na origem.

A identificação e sinalização do abrigo incluem placa externa indicando "ABRIGO DE RESÍDUOS - ACESSO RESTRITO". Símbolos de risco biológico e outros conforme os grupos armazenados. Identificação interna das áreas destinadas a cada grupo. Quadro com telefones de emergência e procedimentos em caso de acidente.

As condições de segurança e higiene são mantidas com limpeza diária após cada coleta externa. Piso e paredes lavados com água e sabão. Desinfecção com hipoclorito de sódio. Carrinhos de coleta também são lavados diariamente no próprio abrigo que tem ponto de água e ralo sifonado conectado a esgoto. Odor e presença de vetores são sinais de higienização inadequada.

O acesso restrito é garantido mantendo porta trancada. Apenas profissionais treinados e autorizados têm chave. Equipe de limpeza, responsável pelo PGRSS e coordenadores são as pessoas com acesso. Acesso de terceiros como funcionários da empresa coletora ocorre apenas no momento da coleta sob supervisão de profissional da unidade.

O tempo máximo de permanência dos resíduos no abrigo segue legislação. Para resíduos infectantes é 24 horas em temperatura ambiente. Se houver refrigeração, pode ser até 7 dias mas não é usual. Para resíduos comuns pode ser até 48 horas. Para químicos depende da natureza da substância. Medicamentos vencidos podem ficar armazenados por tempo maior desde que em condições seguras.

A proteção contra intempéries impede que chuva entre no abrigo degradando resíduos ou causando vazamento. Telhado impermeável, calhas funcionando, porta vedando adequadamente. Se houver abertura para ventilação, terá tela para impedir entrada de insetos e roedores. Ventilação cruzada é ideal com aberturas teladas opostas facilitando circulação de ar.

15.3.9 Coleta Externa, Tratamento e Destinação Final

A empresa contratada para coleta, transporte, tratamento e destinação final de resíduos infectantes e químicos terá licença ambiental emitida pela CETESB. Cópia dessa licença será arquivada junto ao contrato. Licença vencida ou empresa operando irregularmente não será contratada mesmo com preço menor. Irregularidade ambiental do transportador pode responsabilizar também o gerador.

A regularidade sanitária da empresa inclui cadastro na vigilância sanitária como transportadora de resíduos de serviços de saúde. Alvará sanitário ou documento equivalente será verificado. Veículos de transporte terão identificação externa com símbolo de resíduo infectante e telefone de emergência. Baú fechado impermeável que não permite vazamento.

A tecnologia de tratamento utilizada pela empresa pode ser autoclavagem, microondas, incineração ou outra aprovada pelos órgãos ambientais. Cada tecnologia tem vantagens e limitações. Autoclavagem é mais comum por ser eficaz e ambientalmente mais aceita que incineração. Após tratamento, resíduo descaracterizado pode ser disposto em aterro sanitário comum.

A emissão de documentos comprobatórios é obrigatória. A cada coleta, empresa emite Manifesto de Transporte de Resíduos com peso coletado, data, identificação do veículo e motorista. Mensalmente emite Certificado de Tratamento e Destinação Final atestando que resíduos foram tratados e dispostos adequadamente. Esses documentos são fundamentais em auditorias e fiscalizações.

A rastreabilidade do resíduo desde geração até destinação final é garantida pelo conjunto de documentos. Se houver investigação sobre destinação inadequada de resíduos, o gerador poderá provar que contratou empresa regular e que recebeu certificados de destinação adequada. Isso transfere responsabilidade para empresa tratadora em caso de irregularidade na destinação.

A frequência de coleta externa será compatível com volume gerado. Para unidade de porte do Pronto Atendimento de Colina, coleta três vezes por semana de resíduos infectantes é usual. Segunda, quarta e sexta garantem que resíduos não permanecem no abrigo por mais de 48 horas. Resíduos comuns seguem coleta municipal normal.

O acompanhamento da coleta externa por profissional da unidade garante que procedimentos corretos são seguidos. Funcionário da empresa não entra em áreas assistenciais; pega resíduos apenas no abrigo. Pesa os resíduos na presença do profissional da unidade que confere peso e assina manifesto. Se houver divergência significativa entre quantidade gerada e peso coletado, será investigado.

A destinação de resíduos químicos pode precisar de empresa diferente daquela que coleta infectantes. Medicamentos vencidos vão para incineração específica. Pilhas e baterias têm logística reversa com fabricantes. Lâmpadas fluorescentes são resíduo perigoso por conter mercúrio. O PGRSS prevê como cada tipo de resíduo químico será destinado.

15.3.10 Segurança do Trabalhador

Os Equipamentos de Proteção Individual são fornecidos gratuitamente a todos trabalhadores que manuseiam resíduos. Equipe de limpeza recebe luvas de borracha de cano longo, botas impermeáveis, avental impermeável, máscara cirúrgica, óculos de proteção ou protetor facial. Quantidade suficiente para troca quando necessário. EPIs danificados são substituídos imediatamente.

A obrigatoriedade de uso dos EPIs é estabelecida em norma interna. Profissional que recusa usar EPI é orientado sobre riscos. Persistindo recusa, medidas disciplinares progressivas são aplicadas. Coordenador de área fiscaliza uso correto de EPIs durante atividades. EPI guardado no armário não protege ninguém; precisa estar sendo usado.

A orientação sobre uso correto de EPIs é dada no treinamento admissional e reforçada periodicamente. Como vestir avental, como calçar luvas evitando contaminação das mãos, como ajustar óculos para não embaçar, como remover EPIs após uso sem contaminar-se. Sequência correta de paramentação e desparamentação é crítica para eficácia da proteção.

A capacitação das equipes aborda classificação de resíduos, segregação correta, uso de EPIs, técnicas de coleta e transporte, higienização de carrinhos, limpeza do abrigo, procedimentos em acidentes. Carga horária mínima de 4 horas para treinamento inicial. Reciclagens anuais de 2 horas. Frequência registrada em lista de presença com assinatura dos participantes.

Os procedimentos para prevenção de acidentes incluem nunca reencapar agulhas. Essa prática causa grande número de acidentes. Agulha usada vai direto para coletor de perfurocortantes. Não dobrar, quebrar ou manipular perfurocortantes antes de descartar. Não esvaziar coletores de perfurocortantes; são descartados cheios junto com conteúdo.

As condutas em caso de acidentes com resíduos seguem protocolo definido. Perfuração ou corte com perfurocortante: lavar imediatamente com água corrente e sabão, não apertar o local, procurar imediatamente serviço médico para avaliação de profilaxia pós-exposição. Contato de material biológico com mucosas: lavar abundantemente com água ou soro fisiológico, procurar serviço médico.

A notificação de acidentes é obrigatória. Formulário específico de Comunicação de Acidente de Trabalho é preenchido. Investigação identifica causa raiz: falha humana, procedimento inadequado, EPI inadequado, falta de treinamento. Medidas preventivas são implementadas para evitar recorrência. Acidentes graves são reportados ao CEREST municipal e podem exigir emissão de CAT formal.

A saúde ocupacional dos trabalhadores que manuseiam resíduos é acompanhada por meio de exames periódicos. Vacinação completa contra hepatite B é obrigatória e fornecida gratuitamente. Sorologia anual verifica resposta vacinal. Histórico de acidentes do trabalhador é monitorado. Trabalhador com múltiplos acidentes recebe treinamento reforçado.

15.3.11 Capacitação e Educação Permanente

O treinamento admissional sobre gerenciamento de resíduos ocorre antes do profissional iniciar atividades. Todos profissionais, não apenas equipe de limpeza, recebem orientação básica. Médicos e enfermeiros aprendem sobre classificação e segregação. Pessoal administrativo aprende sobre resíduos de sua área. Ninguém começa a trabalhar sem saber como descartar resíduos corretamente.

O conteúdo programático aborda definição de resíduos de serviços de saúde, legislação aplicável resumidamente, classificação nos grupos A, B, C, D e E, código de cores dos sacos e coletores, segregação no ponto de geração, acondicionamento adequado, fluxos de coleta interna, localização do abrigo, importância da segregação correta.

As metodologias utilizadas incluem aula expositiva com slides, demonstração prática de descarte correto, vídeos educativos, visita ao abrigo de resíduos, exercícios práticos onde participante precisa identificar em qual coletor vai cada resíduo. Abordagem prática é mais efetiva que apenas teoria. Profissional precisa por a mão no coletor e praticar descarte.

A periodicidade dos treinamentos inclui capacitação completa na admissão, reciclagem anual de pelo menos 2 horas para todos profissionais, treinamentos pontuais quando identificadas não conformidades ou quando há mudança de procedimentos. Se PGRSS for atualizado, treinamento específico sobre mudanças é realizado.

A avaliação da aprendizagem pode ser feita por meio de teste escrito simples com questões objetivas, ou por observação direta da prática do profissional durante atividades. Profissional que não demonstra ter aprendido recebe treinamento adicional individualizado. Participação nos treinamentos é obrigatória e registrada em ficha funcional.

Os materiais educativos incluem cartazes fixados próximos aos coletores mostrando exemplos de cada tipo de resíduo, folder educativo entregue na admissão, vídeos curtos disponíveis na intranet, alertas em quadros de aviso sobre cuidados específicos. Material visual reforça constantemente orientações do treinamento.

A educação permanente vai além de treinamentos formais. Coordenadores aproveitam oportunidades do dia a dia para orientar. Se observa descarte incorreto, corrige imediatamente e explica o certo. Reuniões de equipe abordam tema quando relevante. Informes em murais destacam estatísticas de geração de resíduos motivando redução.

O envolvimento da alta direção da unidade nos treinamentos demonstra importância do tema. Diretor ou coordenador participando de abertura de treinamento transmite mensagem que gerenciamento de resíduos é prioridade institucional, não apenas obrigação burocrática. Cultura de segurança se constrói com exemplo da liderança.

15.3.12 Responsabilidades Institucionais

A direção da unidade tem responsabilidade final pelo PGRSS. Aprovará o plano formalmente, garantirá recursos financeiros para implantação, definirá responsável técnico pelo PGRSS, assegurará contratação de empresa coletora regular, proporcionará treinamentos, e responderá perante fiscalização pelo cumprimento das normas. Essa responsabilidade não pode ser delegada.

O responsável técnico pelo PGRSS será profissional de nível superior, preferencialmente enfermeiro ou farmacêutico, com conhecimento sobre gerenciamento de resíduos. Suas atribuições incluem elaborar e atualizar o

PGRSS, coordenar treinamentos, supervisionar segregação e coleta, fazer interface com empresa coletora, manter documentação organizada, elaborar relatórios, identificar não conformidades e propor melhorias.

As coordenações assistenciais são responsáveis por garantir que segregação correta ocorre em suas áreas. Coordenador de enfermagem supervisiona descarte nas áreas assistenciais. Coordenador médico orienta equipe médica sobre classificação de resíduos gerados em procedimentos. Cada coordenador é multiplicador das orientações do PGRSS em sua área.

As coordenações administrativas cuidam de sua parte. Coordenador administrativo garante segregação adequada de resíduos de escritório. Coordenador de manutenção assegura que resíduos químicos gerados em manutenções são descartados corretamente. Coordenador de hotelaria responde por resíduos de alimentação e limpeza.

As equipes operacionais executam o PGRSS no dia a dia. Equipe de limpeza faz coleta interna, higienização do abrigo, manutenção de carrinhos. Equipe de enfermagem faz segregação na origem. Equipe médica classifica resíduos de procedimentos que realiza. Cada profissional é responsável por fazer sua parte corretamente.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar participa do PGRSS. Resíduos mal gerenciados podem disseminar infecções. CCIH monitora se descarte de resíduos infectantes está adequado, se áreas de armazenamento mantêm condições sanitárias, se há surtos relacionados a falhas no manejo de resíduos. Interface entre PGRSS e controle de infecção é natural.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho quando existir ou serviço equivalente monitora acidentes ocupacionais com resíduos. Investiga causas, propõe medidas preventivas, verifica adequação de EPIs, acompanha saúde de trabalhadores expostos. Trabalho conjunto entre SESMT e responsável pelo PGRSS fortalece segurança ocupacional.

15.3.13 Monitoramento, Avaliação e Melhoria Contínua

O monitoramento contínuo ocorre por meio de indicadores mensuráveis. Taxa de geração de resíduos infectantes por atendimento mostra se há tendência de aumento. Percentual de resíduos recicláveis no total de resíduos comuns indica sucesso da coleta seletiva. Número de acidentes ocupacionais com resíduos por mês alerta para necessidade de reforço em treinamento.

A avaliação periódica dos fluxos verifica se rotas de coleta interna continuam adequadas. Se houve mudança de layout, talvez rota precise ser ajustada. Se volume de geração aumentou, frequência de coleta pode precisar

umentar também. Avaliação trimestral é adequada para identificar necessidade de ajustes antes que se tornem problemas.

A identificação de não conformidades acontece por observação direta, auditorias internas, reclamações de trabalhadores ou apontamentos de fiscalizações externas. Não conformidade pode ser resíduo segregado incorretamente, coletor de perfurocortantes preenchido além da linha, abrigo sem higienização adequada, falta de EPI. Cada não conformidade é registrada.

A análise de causa raiz de não conformidades busca entender porque aconteceu. Se houve descarte de resíduo comum em lixeira de infectante, foi falta de atenção pontual ou desconhecimento persistente da classificação? Se foi desconhecimento, treinamento adicional resolve. Se foi pressa em momento de emergência, talvez posicionamento dos coletores precise ser revisto.

As ações corretivas são imediatas para corrigir não conformidade específica. Resíduo misturado indevidamente será segregado novamente se possível. Coletor preenchido além da linha será fechado imediatamente. Abrigo sem higienização será limpo no mesmo dia. Correção rápida evita que problema se agrave ou cause acidente.

As ações preventivas visam evitar recorrência. Se múltiplas não conformidades do mesmo tipo indicam falha sistêmica, processo precisa ser revisto. Se diversos profissionais cometem mesmo erro, problema pode estar em treinamento insuficiente ou procedimento mal definido. Prevenir é mais eficaz que ficar corrigindo repetidamente.

Os relatórios de gestão de resíduos são elaborados mensalmente. Apresentam volume gerado de cada grupo, custo de coleta e tratamento, número de coletores de perfurocortantes descartados, número de sacos de resíduos infectantes coletados, ocorrências registradas, não conformidades identificadas, ações tomadas. Relatório é analisado em reunião gerencial.

A melhoria contínua se concretiza em mudanças implementadas. Pode ser aquisição de coletores mais adequados, ajuste de rota de coleta, implantação de coleta seletiva, mudança de empresa coletora se serviço não está satisfatório. PGRSS é documento vivo que evolui conforme aprendizado da operação.

15.3.14 Registro, Documentação e Rastreabilidade

Os registros de coleta interna documentam cada rota realizada. Planilha registra data, horário, setor coletado, tipo e quantidade de resíduo retirado, profissional que realizou coleta. Registro permite identificar padrões: quais áreas geram mais resíduos, quais horários tem maior volume, se há variação entre dias da semana. Dados orientam otimização da logística.

Os documentos de destinação final incluem Manifestos de Transporte de Resíduos de cada coleta externa e Certificados de Tratamento e Destinação

Final mensais. Esses documentos são arquivados por no mínimo cinco anos conforme exigência legal. Cópias digitalizadas são recomendadas como backup. Em fiscalização, esses documentos comprovam destinação adequada.

Os relatórios de monitoramento consolidam informações quantitativas e qualitativas. Quanto foi gerado de cada grupo de resíduo no mês. Quanto custou coleta e tratamento. Houve acidentes ocupacionais. Foram identificadas não conformidades. Relatório fotográfico do abrigo mostra condições de conservação. Gráficos de tendência mostram evolução ao longo dos meses.

Os registros de capacitações comprovam que treinamentos foram realizados. Lista de presença com assinatura de participantes, conteúdo programático, carga horária, nome do instrutor, data da realização. Certificado de participação pode ser entregue aos profissionais. Em fiscalização, esses registros demonstram que unidade investe em capacitação.

Os registros de ocorrências documentam eventos anormais. Vazamento de saco de resíduo durante transporte, acidente ocupacional com perfurocortante, falha de coleta externa, enchente no abrigo por entupimento de ralo. Cada ocorrência tem descrição, data, providências tomadas, responsável pela tratativa. Compilação trimestral identifica se há ocorrências recorrentes.

A rastreabilidade permite seguir caminho do resíduo desde geração até destino final. Se houver denúncia de descarte irregular, registros comprovarão que resíduo saiu da unidade em caminhão de empresa licenciada, com manifesto de transporte, e certificado atesta tratamento adequado. Se irregularidade houve, foi após saída da unidade.

A organização da documentação facilita acesso rápido. Arquivo físico ou digital com pastas separadas por tipo de documento. Manifestos de transporte em ordem cronológica. Certificados de destinação por mês. Relatórios mensais em sequência. Registros de treinamento por profissional. Sistema organizado permite localizar documento em minutos.

A transparência com fiscalização é postura adotada. Fiscal da vigilância sanitária ou órgão ambiental pode solicitar documentos e fazer inspeção. Toda documentação será disponibilizada prontamente. Postura colaborativa e demonstração de conformidade são melhores estratégias que tentar esconder problemas. Se houver não conformidade, melhor corrigi-la antes da fiscalização.

15.3.15 Integração com o Sistema de Gestão e Qualidade

A integração com o Sistema de Gestão da unidade posiciona PGRSS como parte da gestão geral, não atividade isolada. Indicadores de resíduos são apresentados em reuniões gerenciais junto com indicadores assistenciais e financeiros. Decisões estratégicas consideram impacto em geração de resíduos. Cultura de gestão de resíduos permeia toda organização.

A integração com Programa de Qualidade reconhece que gestão adequada de resíduos é indicador de qualidade gerencial e assistencial. Unidade de saúde desorganizada no manejo de resíduos provavelmente tem outras áreas problemáticas também. Resíduos bem gerenciados indicam processos estruturados, equipe treinada, liderança comprometida.

A integração com saúde do trabalhador protege quem está exposto diariamente. Redução de acidentes com perfurocortantes melhora saúde ocupacional. Uso correto de EPIs protege contra doenças ocupacionais. Ambiente de trabalho mais seguro reduz absenteísmo e melhora satisfação dos trabalhadores.

A integração com segurança do paciente reconhece que resíduos mal gerenciados podem transmitir infecções. Resíduo infectante em local inadequado expõe pacientes a risco. Segregação correta reduz carga microbiana no ambiente. Ambiente limpo e organizado transmite segurança aos pacientes e familiares.

A integração com gestão ambiental alinha PGRSS com responsabilidade socioambiental. Unidade de saúde que respeita meio ambiente através de descarte adequado de resíduos contribui para sustentabilidade. Redução de geração na fonte economiza recursos e reduz impacto ambiental. Reciclagem de materiais diminui consumo de recursos naturais.

A governança fortalecida pelo PGRSS demonstra maturidade gerencial. Processos documentados, responsabilidades definidas, monitoramento sistemático, prestação de contas transparente. Governança sólida reduz riscos institucionais, melhora relacionamento com fiscalização, fortalece imagem institucional.

A sustentabilidade do serviço depende de operar dentro da legalidade. Multas por descumprimento de normas ambientais podem comprometer financeiramente a unidade. Interdição por irregularidades sanitárias interrompe serviços. PGRSS bem implementado é proteção contra esses riscos, garantindo sustentabilidade de longo prazo.

A implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde no Pronto Atendimento Municipal de Colina é compromisso com segurança, saúde e meio ambiente. Cada procedimento descrito neste plano tem razão de existir baseada em risco real. Nenhum é burocracia desnecessária. Todos protegem vidas e ambiente.

O manejo adequado dos resíduos começa com segregação correta no momento da geração. Profissional que descarta precisa ter conhecimento e

consciência do impacto de suas ações. Treinamento, supervisão e cultura organizacional transformam cumprimento de norma em prática rotineira natural.

A segurança dos trabalhadores que manuseiam resíduos é prioridade absoluta. EPIs adequados, procedimentos seguros, treinamento contínuo, resposta rápida a acidentes. Nenhum trabalhador pode adoecer ou se acidentar por falha no gerenciamento de resíduos. Cada profissional volta para casa íntegro e saudável.

A proteção ambiental resulta de destinação adequada. Resíduos tratados corretamente não contaminam solo, água ou ar. Empresa coletora licenciada garante tratamento conforme normas ambientais. Certificados de destinação comprovam responsabilidade ambiental da unidade.

A conformidade sanitária evita sanções e interdições. Vigilância sanitária fiscaliza gerenciamento de resíduos regularmente. Demonstrar que PGRSS está implementado, equipe está treinada, documentação está organizada e destinação está adequada garante aprovação da fiscalização.

A qualidade dos serviços prestados melhora quando resíduos são bem gerenciados. Ambiente limpo e organizado proporciona melhor experiência aos pacientes. Profissionais trabalham em condições mais seguras. Processos estruturados indicam gestão competente.

O alinhamento com Contrato de Gestão cumpre obrigações contratuais. Cláusulas sobre gerenciamento de resíduos, quando existentes, serão atendidas integralmente. Metas e indicadores estabelecidos serão monitorados e reportados conforme pactuado.

Os princípios do SUS orientam que serviços públicos de saúde devem operar de forma responsável. Unidade que causa dano ambiental ou coloca trabalhadores em risco não está cumprindo papel social. Gerenciamento responsável de resíduos é expressão concreta dos valores do sistema público de saúde.

16. Controle, transparência e prestação de contas

16.1 Mecanismos de Controle Interno

16.1.1 Finalidade dos Mecanismos de Controle Interno

Os mecanismos de controle interno no Pronto Atendimento Municipal de Colina servem para garantir que recursos públicos sejam usados corretamente. Cada real recebido do município precisa ser aplicado conforme previsto no

Contrato de Gestão. Desvios, desperdícios ou irregularidades comprometem a credibilidade da gestão e podem resultar em sanções graves incluindo rescisão contratual.

A legalidade é verificada continuamente através de conferências sistemáticas. Cada pagamento precisa ter documentação completa. Cada contratação segue procedimento estabelecido no regulamento de compras da Organização Social. Licitações dispensáveis têm justificativa técnica documentada. Essa verificação constante evita que irregularidades passem despercebidas até auditoria externa apontar.

A regularidade na execução das atividades assistenciais garante que pacientes recebem atendimento padronizado conforme protocolos. Médico que atende segue fluxo definido para classificação de risco, exame clínico, solicitação de exames e prescrição. Enfermagem administra medicamentos seguindo checklist de segurança. Rotinas padronizadas reduzem variabilidade e erros.

A economicidade orienta decisões sobre uso de recursos. Comprar medicamento genérico quando possível em vez de marca comercial economiza sem perder qualidade. Negociar prazos de pagamento melhores reduz necessidade de capital de giro. Evitar desperdícios de materiais e medicamentos libera recursos para outras necessidades. Economia não significa precarização mas sim inteligência na aplicação de recursos.

A eficiência mede relação entre recursos empregados e resultados obtidos. Unidade eficiente atende mais pacientes com mesmo custo ou atende mesma quantidade gastando menos. Indicadores como custo por atendimento, taxa de ocupação de leitos de observação e tempo médio de permanência mostram se recursos estão sendo bem empregados. Ineficiência desperdiça dinheiro público.

A transparência permite que município, órgãos de controle e sociedade acompanhem gestão. Relatórios mensais detalham receitas, despesas, indicadores assistenciais e cumprimento de metas. Documentos ficam organizados para consulta a qualquer momento. Transparência não é favor mas obrigação legal e ética de quem administra recurso público.

O cumprimento do Contrato de Gestão firmado com município de Colina é monitorado permanentemente. Metas pactuadas são acompanhadas mensalmente. Se meta de número de atendimentos está abaixo do esperado, ações corretivas são tomadas. Se indicador de qualidade não atinge padrão estabelecido, equipe trabalha para melhorar. Controle interno identifica desvios antes da fiscalização externa.

A governança institucional se fortalece com controles internos robustos. Processos bem definidos, responsabilidades claras, verificações sistemáticas e

correções rápidas de problemas caracterizam gestão madura. Governança fraca leva a caos operacional, irregularidades e perda de credibilidade. Governança forte sustenta operação de longo prazo.

A prevenção de riscos é mais eficaz que correção de problemas. Controles preventivos evitam que irregularidades aconteçam. Controles detectivos identificam rapidamente quando algo deu errado. Controles corretivos consertam o problema e ajustam processo para não repetir. Essa combinação de controles em camadas protege a gestão.

16.1.2 Princípios Norteadores do Controle Interno

A legalidade e conformidade normativa orientam que nenhuma ação pode contrariar legislação vigente. Lei de Licitações quando aplicável, Lei das Organizações Sociais, normas sanitárias, legislação trabalhista, código tributário. Conformidade legal não é opcional. Assessoria jurídica revisa atos administrativos importantes para evitar ilegalidades que poderiam ser anuladas posteriormente.

A segregação de funções impede que mesma pessoa execute processo completo sem verificação de outra. Quem autoriza pagamento não pode ser quem assina cheque. Quem recebe mercadoria não pode ser quem autoriza compra. Quem registra entrada no estoque não pode ser quem faz dispensação. Separar funções cria verificações cruzadas que detectam erros ou fraudes.

A transparência e rastreabilidade permitem reconstruir qualquer transação do início ao fim. Se houver questionamento sobre determinado pagamento, será possível apresentar requisição de compra, cotações, parecer técnico, autorização, nota fiscal, comprovante de recebimento e comprovante de pagamento. Trilha documental completa comprova regularidade.

A prevenção de irregularidades economiza muito mais que corrigir depois. Irregularidade descoberta em auditoria externa gera multa, devolução de valores, perda de credibilidade e desgaste gerencial enorme. Prevenir através de controles adequados evita tudo isso. Investimento em prevenção tem retorno altíssimo em redução de riscos.

A padronização de processos garante que atividade seja executada sempre da mesma forma independente de quem executa. Fluxo de compras padronizado assegura que todas compras sigam mesmo caminho. Procedimento padronizado de admissão garante que documentação de todos funcionários seja completa. Padronização facilita treinamento de novos profissionais e reduz dependência de pessoas específicas.

A responsabilização e controle definem claramente quem responde por cada processo. Coordenador financeiro responde pela correta aplicação dos recursos. Coordenador de RH responde pela folha de pagamento. Coordenador

de compras responde pelas aquisições. Quando responsabilidade é difusa, problemas acontecem e ninguém se sente responsável por corrigir. Responsabilização clara cria comprometimento.

A melhoria contínua da gestão usa controle interno como ferramenta de aprendizado. Não conformidade identificada não é apenas problema a corrigir mas oportunidade de melhorar processo. Se mesmo erro ocorre repetidamente, processo tem falha estrutural que precisa ser redesenhada. Cultura de melhoria contínua transforma controle interno em motor de evolução.

16.1.3 Estrutura do Sistema de Controle Interno

Os controles administrativos abrangem rotinas operacionais da unidade. Controle de jornada de trabalho dos profissionais garante cumprimento de carga horária contratada. Controle de férias assegura que equipes não fiquem desfalcadas. Controle de documentação de funcionários verifica que todos têm registros completos. Controle de compras monitora prazos e valores. Controles administrativos mantêm operação organizada.

Os controles financeiros e contábeis acompanham movimentação de recursos. Conciliação bancária mensal verifica se saldo contábil corresponde ao saldo real nas contas. Controle de contas a pagar garante pagamentos em dia evitando juros. Controle de contas a receber monitora repasses do município. Análise de variação orçamentária compara previsto com realizado identificando desvios.

Os controles patrimoniais protegem bens públicos sob gestão da Organização Social. Inventário anual de equipamentos médicos, mobiliário, computadores, veículos confere existência física de cada item. Termo de responsabilidade patrimonial assinado por coordenadores atribui responsabilidade por bens sob sua custódia. Baixa patrimonial de equipamentos obsoletos segue procedimento formal com justificativa.

Os controles assistenciais e operacionais monitoram qualidade do atendimento. Prontuários são auditados verificando completude de registros, assinatura de prescrições, checagem de medicamentos. Tempo de espera para atendimento é medido identificando gargalos. Taxa de retorno em 24 horas indica resolubilidade. Eventos adversos são investigados implementando ações preventivas.

Os controles documentais organizam informações para recuperação rápida. Contratos arquivados em ordem cronológica com índice. Notas fiscais organizadas por fornecedor e período. Folhas de ponto arquivadas por mês. Relatórios gerenciais encadernados por ano. Sistema de arquivo físico e digital redundante protege contra perda de documentação.

A estrutura integrada conecta diferentes tipos de controle. Controle financeiro interage com controle de compras verificando se pagamento corresponde a compra autorizada. Controle patrimonial interage com controle de manutenção verificando se equipamentos recebem cuidados adequados. Controle de RH interage com controle assistencial verificando se escalas estão adequadas ao volume de atendimentos.

A atuação preventiva acontece antes do problema. Revisar contrato antes de assinar evita cláusulas prejudiciais. Capacitar equipe antes de implantar novo procedimento evita erros na execução. Fazer manutenção preventiva de equipamentos evita quebra durante uso. Prevenção é sempre mais barata que correção.

A atuação concomitante acontece durante execução. Supervisor que acompanha atendimentos identifica problemas em tempo real e orienta correção imediata. Sistema que bloqueia pagamento sem documentação completa impede irregularidade no ato. Alarmes em sistema informatizado alertam sobre situações fora do padrão.

A atuação corretiva acontece após identificação de problema. Não conformidade em auditoria interna gera plano de ação com prazo e responsável. Irregularidade em folha de pagamento é corrigida no mês seguinte com ajuste retroativo. Processo falho é redesenhado. Correção fecha o ciclo de controle impedindo recorrência.

16.1.4 Segregação de Funções

O planejamento de compras é feito por setor solicitante que conhece necessidade técnica. Médico planeja medicamentos necessários baseado em protocolos. Enfermagem planeja materiais para procedimentos baseado em consumo histórico. Planejamento técnico garante que especificações sejam adequadas à necessidade assistencial.

A execução de compras é feita por setor de suprimentos que pesquisa fornecedores, solicita cotações, negocia preços e condições, emite pedido de compra. Separar execução de compras do planejamento evita que solicitante compre diretamente sem comparação de preços ou verificação de mercado. Profissional de compras tem expertise em negociação e conhece fornecedores.

O controle de recebimento é feito por almoxarifado ou setor solicitante que confere se produto entregue corresponde ao pedido em quantidade, especificação e qualidade. Quem recebe não pode ser quem autorizou compra. Conferência independente detecta divergências como quantidade menor, produto diferente ou qualidade inferior ao especificado.

A fiscalização de contratos é responsabilidade de gestor designado formalmente. Fiscal de contrato verifica se empresa contratada cumpre

obrigações, se prazos são respeitados, se qualidade está adequada. Fiscal não pode ser a mesma pessoa que autorizou contratação. Fiscalização independente garante imparcialidade na avaliação.

A autorização de pagamentos segue hierarquia definida. Coordenador de área atesta que serviço foi prestado ou produto foi recebido. Coordenador financeiro verifica se documentação está completa e valores estão corretos. Diretor autoriza pagamento. Três níveis de verificação reduzem drasticamente risco de pagamento indevido.

A execução de pagamentos é feita por setor financeiro que processa transferência bancária ou emite cheque. Quem executa pagamento não pode ser quem autoriza. Separação garante que pagamento só acontece após aprovação formal. Sistema informatizado pode exigir duas senhas para liberar pagamento: uma do autorizador e outra do executor.

Os fluxos decisórios são documentados em manual de processos. Fluxograma mostra sequência de atividades, responsável por cada etapa, documentos necessários, prazo de execução. Profissional novo consulta manual para entender como proceder. Auditoria verifica se processo real corresponde ao fluxo documentado. Fluxo claro evita imprevistos e atropelos.

A documentação de alçadas define valores que cada nível pode autorizar. Coordenador pode autorizar compras até determinado valor. Diretor autoriza valores maiores. Conselho de Administração da Organização Social aprova valores acima de teto estabelecido. Alçadas formalizadas evitam concentração de poder e criam mecanismo de revisão para decisões importantes.

16.1.5 Controles Administrativos e Operacionais

A padronização de rotinas administrativas documenta passo a passo de cada processo. Rotina de admissão de funcionário lista documentos necessários, cadastros a fazer, treinamentos obrigatórios, prazos. Rotina de arquivo de documentos especifica como organizar, onde guardar, quanto tempo manter. Rotinas escritas garantem uniformidade mesmo com mudança de pessoal.

Os manuais institucionais consolidam normas e procedimentos. Manual de compras estabelece fluxo desde requisição até pagamento. Manual de recursos humanos define políticas de férias, licenças, benefícios. Manual de controle interno descreve todos os controles implantados. Manuais são aprovados pela direção e revisados anualmente.

Os protocolos assistenciais padronizam condutas clínicas. Protocolo de dor torácica define quando fazer ECG, quais medicamentos usar, quando transferir para hospital. Protocolo de AVC estabelece escala de avaliação

neuroológica e tempo máximo para transferência. Protocolos baseados em evidência científica melhoram qualidade e reduzem variabilidade.

O monitoramento do cumprimento das rotinas identifica desvios. Supervisor observa se recepção está seguindo protocolo de acolhimento. Coordenador verifica se enfermagem registra procedimentos no prontuário conforme estabelecido. Auditoria de prontuários amostra percentual de conformidade. Monitoramento constante mantém disciplina operacional.

O acompanhamento dos indicadores operacionais mostra eficiência da unidade. Taxa de ocupação dos leitos de observação indica se dimensionamento está adequado. Tempo médio de permanência mostra agilidade no atendimento. Percentual de exames realizados em tempo oportuno avalia suporte diagnóstico. Indicadores orientam decisões gerenciais.

O registro de não conformidades documenta desvios identificados. Formulário padronizado registra data, local, tipo de não conformidade, profissional identificador, evidência. Não conformidades são categorizadas por gravidade: leve, moderada, grave. Categorização prioriza tratamento das mais graves. Registro sistemático permite análise de tendências.

O tratamento imediato de não conformidades graves evita dano maior. Equipamento sem manutenção preventiva em dia é retirado de operação até regularizar. Profissional sem documentação trabalhista completa é afastado até resolver pendência. Medicamento vencido é recolhido imediatamente. Gravidade exige ação rápida sem postergação.

As reuniões operacionais mensais discutem não conformidades, indicadores e ações de melhoria. Participam coordenadores de área, direção e responsável pela qualidade. Pauta estruturada garante que temas importantes sejam abordados. Ata registra decisões e responsáveis. Reunião periódica mantém alinhamento e compromisso com controles.

16.1.6 Controles Financeiros e Contábeis

A execução orçamentária é acompanhada mensalmente comparando realizado com orçado. Se despesas com pessoal estão 10% acima do previsto, investigação identifica causa: dissídio não previsto, horas extras excessivas, admissões acima do planejado. Identificação precoce permite ajustes antes que desvio comprometa equilíbrio financeiro.

As conciliações bancárias mensais conferem cada lançamento. Saldo inicial mais entradas menos saídas deve resultar em saldo final. Se não bate, há lançamento não contabilizado ou erro de registro. Conciliação identifica discrepância para correção. Conciliação atrasada acumula erros dificultando identificação posterior.

A conferência de pagamentos verifica documentação completa antes de processar. Nota fiscal com CNPJ do fornecedor, descrição dos produtos, valores. Pedido de compra autorizado. Atestado de recebimento assinado. Conferência de cálculos matemáticos. Todos requisitos preenchidos permitem pagamento. Falta de documento bloqueia pagamento até regularizar.

A conferência de recebimentos monitora repasses do município. Contrato estabelece valor mensal a ser transferido. Repasse deve ocorrer até determinado dia do mês. Se não chega, coordenador financeiro entra em contato com secretaria municipal. Registro de todos repasses permite comprovar valores recebidos em auditoria.

O controle de contratos mantém registro de todos contratos ativos. Planilha lista fornecedor, objeto, valor mensal, valor total, vigência, data de vencimento. Alerta automático avisa 60 dias antes do vencimento permitindo renovação ou nova contratação. Controle evita vencimento inadvertido causando interrupção de serviço essencial.

O controle de despesas categoriza gastos conforme plano de contas. Pessoal, medicamentos, materiais, serviços, manutenção, utilidades, outras despesas. Categorização permite análise de composição de custos. Se categoria cresceu desproporcionalmente, investigação identifica causa e possibilidade de economia.

A aderência ao orçamento aprovado é medida mensalmente. Meta é manter execução dentro de margem de 5% para mais ou menos do orçado. Variações maiores exigem justificativa formal. Desvios sistemáticos indicam necessidade de revisão orçamentária. Orçamento não é camisa de força mas guia para gestão responsável.

Os relatórios financeiros mensais consolidam informações para direção e município. Demonstrativo de receitas e despesas, fluxo de caixa, posição de contas a pagar e receber, análise de variação orçamentária. Relatório acompanha comentários explicativos de variações relevantes. Apresentação clara facilita compreensão por não especialistas.

A contabilidade formal segue princípios contábeis e legislação. Escrituração contábil mensal com lançamentos classificados corretamente. Balancetes mensais, balanço patrimonial e demonstração de resultado anuais. Auditoria contábil externa anual quando exigida. Contabilidade regular é obrigação legal e ferramenta gerencial.

16.1.7 Controles Patrimoniais

O inventário de bens é atualizado continuamente. Cada aquisição de equipamento ou mobiliário gera lançamento com descrição, valor, data de aquisição, localização, responsável. Plaqueta de identificação patrimonial é

afixada no bem. Número da plaqueta corresponde ao registro no sistema. Rastreabilidade completa de cada item.

O inventário físico anual confere existência real de todos bens. Comissão de inventário percorre toda unidade contando e localizando cada item da relação patrimonial. Divergências são investigadas: bem pode ter sido transferido sem registro, baixado sem documentação ou desaparecido. Apuração de divergências regulariza situação patrimonial.

A movimentação patrimonial entre setores é documentada. Termo de transferência interna registra saída do bem de um setor e entrada em outro. Responsável do setor que cede e responsável do setor que recebe assinam termo. Movimentação sem registro causa divergência em inventário setorial.

O registro de manutenções de equipamentos documenta histórico de cada bem. Planilha registra data, tipo de manutenção, problema identificado, solução aplicada, peças substituídas, custo, empresa executante. Histórico permite avaliar custo-benefício de manter equipamento antigo versus substituir por novo. Equipamento com manutenções frequentes e caras é candidato a substituição.

As substituições de bens obsoletos ou inservíveis seguem procedimento formal. Laudo técnico atesta que equipamento não tem mais condições de uso. Comissão de baixa patrimonial avalia laudo e autoriza baixa. Bem é identificado para descarte ou doação conforme legislação. Baixa patrimonial sem documentação adequada gera pendência em auditoria.

A responsabilização pelo uso e conservação é formalizada. Termo de responsabilidade patrimonial assinado por coordenador de setor atribui responsabilidade por bens sob sua custódia. Dano causado por negligência ou uso inadequado pode ensejar ressarcimento. Responsabilização induz cuidado com bens públicos.

A verificação periódica do estado dos bens identifica necessidade de manutenção preventiva. Inspeção trimestral de equipamentos médicos verifica funcionamento, calibração, limpeza. Equipamento com defeito é enviado para manutenção antes de quebrar durante uso. Prevenção aumenta vida útil e disponibilidade dos equipamentos.

O seguro de bens quando contratado protege contra sinistros. Incêndio, roubo, danos elétricos podem destruir equipamentos de alto valor. Seguro com cobertura adequada garante reposição. Apólice é revisada anualmente para adequar à atualização patrimonial. Valor segurado deve corresponder ao valor de reposição.

A proteção física dos bens previne furtos e vandalismos. Equipamentos portáteis de alto valor como notebooks ficam em armários trancados quando não em uso. Acesso às áreas técnicas é restrito. Sistema de vigilância com câmeras

inibe tentativas. Controle de acesso impede entrada de pessoas não autorizadas.

16.1.8 Controles Documentais e de Informação

A organização de documentos físicos segue sistema padronizado. Contratos em pastas suspensas por ordem alfabética de fornecedor. Notas fiscais em caixas arquivo por ano e mês. Folhas de ponto em pastas por competência. Relatórios gerenciais encadernados por ano. Sistema padronizado permite localizar documento rapidamente quando necessário.

O arquivamento de documentos digitais replica organização física. Estrutura de pastas em servidor espelha arquivo físico. Nomenclatura padronizada facilita busca. Arquivos nomeados com padrão "AAAA-MM-DD_Tipo_Descrição" ficam ordenados automaticamente. Backup diário protege contra perda de dados.

A rastreabilidade das informações permite reconstruir origem de cada dado. Relatório menciona fonte da informação. Planilha tem fórmulas visíveis mostrando como valores foram calculados. Documento cita versão anterior quando há alteração. Trilha de auditoria em sistemas informatizados registra quem incluiu ou alterou informação e quando.

O controle de versões de documentos evita uso de versão desatualizada. Versão atual identificada como "v.atual". Versões anteriores arquivadas com identificação da data. Manual de procedimentos tem controle de revisões mostrando histórico de alterações. Uso de versão obsoleta pode levar a erro em procedimentos.

O controle de acesso a informações sensíveis protege privacidade e sigilo. Prontuários de pacientes acessíveis apenas a profissionais autorizados. Dados financeiros restritos à direção e coordenação administrativa. Senhas individuais identificam quem acessa. Níveis de permissão limitam acesso conforme necessidade de conhecimento.

A segurança da informação protege contra perda, vazamento ou alteração indevida. Backup diário em nuvem protege contra falha de hardware. Antivírus atualizado protege contra malware. Firewall protege contra invasões externas. Política de senhas fortes dificulta acesso não autorizado. Segurança multicamadas protege informações críticas.

O sigilo das informações de pacientes cumpre Lei Geral de Proteção de Dados. Dados pessoais coletados apenas para finalidade assistencial. Acesso restrito a quem precisa para exercer função. Não compartilhamento com terceiros sem autorização. Retenção apenas pelo prazo necessário. Descarte seguro de prontuários antigos. LGPD não é opcional.

A conformidade com legislação de proteção de dados exige governança específica. Encarregado de dados designado formalmente. Política de privacidade documentada. Treinamento de equipe sobre LGPD. Processo para atender requisições de titulares de dados. Registro de incidentes de segurança. Adequação à LGPD protege contra sanções que podem chegar a milhões.

16.1.9 Monitoramento, Auditoria Interna e Avaliação

O monitoramento contínuo dos processos identifica desvios em tempo real. Sistema informatizado gera alertas automáticos quando indicador sai do padrão. Relatório diário de exceções lista transações atípicas para verificação. Supervisores observam execução de processos críticos. Monitoramento constante evita que pequeno problema vire crise.

As auditorias internas periódicas avaliam conformidade de processos. Cronograma anual define quais processos serão auditados em cada trimestre. Auditoria de compras verifica procedimentos, documentação, segregação de funções. Auditoria de prontuários avalia completude e qualidade dos registros. Auditoria de folha de pagamento confere cálculos e documentação.

A avaliação da conformidade dos procedimentos compara prática real com procedimento documentado. Processo está sendo executado conforme manual ou há atalhos informais? Controles previstos estão sendo aplicados ou são ignorados? Procedimento documentado está desatualizado em relação à realidade operacional? Avaliação identifica lacunas entre documentado e praticado.

A identificação de riscos e fragilidades antecipa problemas. Processo que depende de uma única pessoa é fragilidade. Falta de segregação em atividade crítica é risco. Sistema sem backup adequado é vulnerabilidade. Mapeamento de riscos prioriza implementação de controles nas áreas mais críticas.

A proposição de ações corretivas e preventivas fecha ciclo da auditoria. Não conformidade identificada gera recomendação de ação corretiva. Prazo e responsável são definidos. Implantação é acompanhada. Auditoria posterior verifica se ação foi efetiva. Ciclo de melhoria contínua baseado em evidências.

Os relatórios de auditoria interna documentam achados de forma objetiva. Descrevem não conformidade encontrada, evidência, norma ou procedimento descumprido, risco associado, recomendação. Relatório é apresentado à direção que se manifesta sobre aceitação das recomendações e prazo para implantação. Relatório arquivado comprova que controle interno funciona.

As auditorias surpresa verificam se controles funcionam quando não há preparação prévia. Auditoria agendada permite "arrumar a casa" antes. Auditoria surpresa mostra realidade cotidiana. Contagem de caixa sem aviso prévio. Conferência de presença de funcionários sem agendar. Verificação de

temperatura de geladeira de medicamentos em horário aleatório. Combinação de auditorias agendadas e surpresa é mais eficaz.

A auditoria de conformidade de contratos verifica se empresas contratadas cumprem obrigações. Empresa de limpeza está cumprindo escala de profissionais? Empresa de manutenção está respondendo em prazo acordado? Fornecedor de medicamentos está entregando produtos dentro do prazo e qualidade? Fiscalização de contratos protege interesse público.

16.1.10 Tratamento de Não Conformidades

O registro formal da não conformidade documenta ocorrência de forma padronizada. Formulário específico contém campos obrigatórios: data, local, processo afetado, descrição objetiva, evidência, categoria de gravidade, impacto potencial. Registro estruturado facilita análise posterior e permite comparações.

A análise de causa investiga por que não conformidade ocorreu. Técnica dos "5 porquês" aprofunda investigação até chegar à causa raiz. Por que pagamento foi feito sem nota fiscal? Porque processo estava atrasado. Por que estava atrasado? Porque faltou pessoal. Por que faltou pessoal? Porque não há substituto treinado. Causa raiz: falta de redundância na equipe.

A definição de ação corretiva ataca causa raiz, não apenas sintoma. Se causa é falta de treinamento, ação é treinar. Se causa é processo mal definido, ação é revisar procedimento. Se causa é sistema informatizado inadequado, ação pode ser trocar sistema. Ação corretiva bem definida previne recorrência.

A definição de responsáveis e prazos garante que ação será implementada. Responsável assina plano de ação comprometendo-se. Prazo é realista mas não procrastinado. Prazos curtos para não conformidades graves, prazos mais longos para menos graves. Sem responsável e prazo definidos, ação vira intenção que nunca concretiza.

O monitoramento da efetividade das ações verifica se não conformidade deixou de ocorrer. Após implantação da ação corretiva, processo é acompanhado por período. Se não conformidade não se repete, ação foi efetiva. Se repete, análise de causa estava errada ou ação foi inadequada. Nova análise e novo plano podem ser necessários.

O registro de ações tomadas documenta histórico de tratamento. Não conformidade recorrente que já teve várias ações corretivas sem sucesso indica necessidade de abordagem diferente. Histórico evita repetir ações ineficazes. Aprendizado organizacional se constrói sobre documentação de experiências.

A comunicação de não conformidades graves é imediata. Irregularidade com risco de dano sério a pacientes ou perda significativa de recursos é comunicada à direção no mesmo dia. Comunicação permite decisão rápida sobre ações emergenciais. Retardar comunicação pode agravar problema.

A categorização por risco prioriza tratamento. Não conformidade com risco de morte de paciente tem prioridade absoluta. Não conformidade com risco de perda financeira significativa tem prioridade alta. Não conformidade meramente formal sem impacto tem prioridade menor. Recursos limitados exigem priorização inteligente.

16.1.11 Responsabilidades Institucionais

A direção da unidade tem responsabilidade final pelo sistema de controle interno. Aprova políticas de controle, define estrutura organizacional, aloca recursos necessários, cobra resultados. Diretor responde perante Conselho de Administração da Organização Social e perante município pela efetividade dos controles. Responsabilidade não pode ser transferida.

A coordenação administrativa e financeira operacionaliza controles administrativos e financeiros. Coordenador administrativo supervisiona controles de compras, patrimônio, contratos. Coordenador financeiro supervisiona controles orçamentários, contábeis, pagamentos. Respondem à direção pela execução correta dos processos sob sua coordenação.

A gestão da qualidade coordena auditorias internas, monitora indicadores, conduz tratamento de não conformidades. Profissional designado para qualidade tem visão transversal da organização. Identifica oportunidades de melhoria, propõe ajustes de processos, treina equipes em metodologias de qualidade. Qualidade não é departamento isolado mas função integradora.

As lideranças setoriais são responsáveis por controles em suas áreas. Coordenador de enfermagem garante controles assistenciais em sua equipe. Coordenador de farmácia garante controles de medicamentos e materiais. Cada líder responde por fazer controles acontecerem no cotidiano, não apenas no papel.

A ouvidoria quando existente canaliza reclamações, sugestões e elogios. Manifestações são analisadas identificando padrões. Reclamação recorrente sobre mesmo problema indica falha de controle. Ouvidoria alimenta sistema de controle interno com visão dos usuários do serviço.

A Comissão de Ética quando constituída trata questões de conduta profissional. Denúncias de irregularidades são apuradas. Conflitos de interesse são analisados. Comissão garante que aspectos éticos sejam considerados nas decisões. Ética e controle interno são complementares na governança.

O Conselho de Administração da Organização Social exerce governança estratégica. Aprova políticas institucionais, orçamento anual, relatórios de gestão. Conselho representa instância superior de controle antes da fiscalização externa. Conselho atuante fortalece governança.

16.1.12 Integração com Transparência e Prestação de Contas

A prestação de contas ao município segue periodicidade estabelecida no Contrato de Gestão. Relatório mensal de atividades com indicadores assistenciais e operacionais. Relatório financeiro com demonstrativo de receitas e despesas. Documentação comprobatória disponível para verificação. Prazos são cumpridos rigorosamente evitando atrasos que geram desgaste.

Os relatórios gerenciais consolidam informações para diferentes públicos. Relatório executivo para direção com destaques e análises. Relatório operacional para coordenadores com detalhamento. Relatório sintético para Conselho com indicadores principais. Formato adequado ao público facilita compreensão e tomada de decisão.

Os relatórios financeiros detalham aplicação de recursos públicos. Demonstrativo analítico por categoria de despesa. Comparativo entre meses identificando variações. Projeção de fechamento anual baseada em tendências. Transparência financeira demonstra responsabilidade na gestão de recursos.

A transparência das informações vai além da obrigação legal. Portal de transparência disponibiliza dados de forma acessível. Relatórios em linguagem clara para cidadão comum entender. Disponibilização proativa de informações sem necessidade de pedido formal. Transparência ativa fortalece credibilidade.

O atendimento às demandas dos órgãos de controle é prioritário. Tribunal de Contas, Controladoria, Ministério Público podem solicitar informações ou documentos. Prazo de resposta é cumprido. Informações fornecidas são completas e precisas. Postura colaborativa com controle externo demonstra que unidade não tem nada a esconder.

A publicidade de atos administrativos cumpre princípio constitucional. Contratos celebrados são divulgados. Relatórios de gestão são publicados. Prestação de contas é disponibilizada para consulta pública. Publicidade permite controle social pelos cidadãos.

A rastreabilidade de recursos desde origem até aplicação permite que qualquer interessado acompanhe. Repasse municipal é registrado. Aplicação em folha de pagamento, medicamentos, materiais está discriminada. Saldo remanescente está identificado. Trilha completa dos recursos tranquiliza fiscalização.

16.1.13 Registro, Rastreabilidade e Evidências

Os registros de monitoramento documentam verificações realizadas. Check-list de verificação de temperatura de geladeira de medicamentos com assinatura diária. Planilha de conferência de estoque com frequência definida. Relatório de supervisão de atendimentos com observações. Registros provam que controles foram executados.

Os relatórios de auditoria interna são arquivados cronologicamente. Cada auditoria gera relatório formal com achados, recomendações e manifestação da administração. Planos de ação corretiva são anexados. Verificação posterior de efetividade também é documentada. Conjunto completo permite reconstruir histórico de melhorias.

Os planos de ação corretiva detalham como não conformidade será tratada. Descrição da ação, justificativa, responsável, prazo, recursos necessários, indicador de sucesso. Plano aprovado pela direção tem força de compromisso formal. Descumprimento de prazo sem justificativa gera cobrança.

As evidências documentais comprovam afirmações. Se relatório menciona que treinamento foi realizado, lista de presença é evidência. Se afirma que equipamento foi mantido, ordem de serviço é evidência. Evidência transforma declaração em fato comprovável. Auditoria sem evidência é apenas opinião.

As fotos documentam situações que palavras não descrevem adequadamente. Foto do abrigo de resíduos mostra condições de limpeza e organização. Foto de equipamento danificado justifica baixa patrimonial. Foto tem valor probatório desde que datada e identificada quanto ao local.

Os e-mails institucionais constituem documentos quando tratam de assuntos oficiais. E-mail autorizando despesa tem valor documental. E-mail reportando problema constitui registro. Sistema de e-mail corporativo arquiva mensagens permitindo recuperação futura. Uso de e-mail pessoal para assuntos institucionais deve ser evitado.

As atas de reuniões registram decisões tomadas coletivamente. Reunião de comissão de ética que decidiu sobre denúncia tem ata. Reunião do Conselho que aprovou orçamento tem ata. Ata assinada por participantes comprova deliberações. Decisão importante sem ata fica vulnerável a contestação posterior.

Os contratos e aditivos são mantidos em arquivo próprio com índice. Cópias digitalizadas servem como backup. Contratos vigentes são facilmente localizáveis. Contratos encerrados são arquivados pelo prazo legal de cinco anos. Organização contratual permite responder rapidamente a questionamentos.

A implantação de mecanismos estruturados de controle interno no Pronto Atendimento Municipal de Colina não é formalidade burocrática mas necessidade operacional. Controles protegem recursos públicos, garantem qualidade assistencial, previnem irregularidades e fortalecem credibilidade da gestão. Investimento em controle interno tem retorno comprovado.

A regularidade na gestão resulta de controles aplicados consistentemente. Controles ocasionais ou seletivos não funcionam. Disciplina diária de verificar, registrar, analisar e corrigir cria cultura de controle. Com tempo, controles se tornam naturais, parte da forma de trabalhar, não peso adicional.

A transparência construída através de controles sólidos permite que gestão seja avaliada por seus resultados reais, não por percepções ou boatos. Documentação organizada, indicadores confiáveis, prestação de contas tempestiva demonstram compromisso com accountability. Transparência é defesa contra acusações infundadas.

A eficiência na gestão melhora quando controles eliminam desperdícios e retrabalhos. Processo bem controlado funciona na primeira vez, não precisa ser refeito. Compra bem planejada evita urgências caras. Patrimônio bem cuidado dura mais. Eficiência e controle andam juntos.

A governança institucional fortalecida por controles robustos sustenta relacionamento de longo prazo com município. Confiança não se declara, se constrói através de demonstração repetida de competência e integridade. Controles internos que funcionam geram essa demonstração mês após mês.

A correta aplicação dos recursos públicos é obrigação legal mas também compromisso ético. Cada real desperdiçado é falta de um leito, de um medicamento, de um profissional. Controles que previnem desperdício e irregularidades protegem interesse final que é atender bem a população.

A confiança do poder público e da sociedade se conquista com resultados e transparência. Sociedade confia em instituição que mostra o que faz e como faz. Poder público confia em parceiro que cumpre compromissos e presta contas adequadamente. Confiança é ativo mais valioso de Organização Social.

O alinhamento com Contrato de Gestão cumpre compromissos assumidos formalmente. Contrato estabelece metas, indicadores, obrigações. Controles internos garantem que execução está conforme contratado. Descumprimento contratual pode resultar em rescisão. Controle interno protege continuidade do contrato.

Os princípios da Administração Pública de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência aplicam-se integralmente à gestão por Organização Social. Natureza jurídica de direito privado não isenta de cumprir esses princípios quando gere recursos públicos. Controles internos materializam esses princípios no dia a dia.

As orientações dos órgãos de controle como Tribunais de Contas e Controladorias são consideradas na estruturação dos controles. Jurisprudência é analisada identificando práticas que geram questionamentos. Recomendações

de auditorias anteriores em outros contratos similares são estudadas. Aprender com experiência alheia evita repetir erros.

16.2 Prestação de Contas à Administração Pública

16.2.1 Finalidade da Prestação de Contas

A prestação de contas ao município de Colina demonstra como recursos públicos estão sendo aplicados na operação do Pronto Atendimento Municipal e do SAMU 192. Não é formalidade burocrática mas compromisso fundamental de transparência. O município transfere recursos mensalmente e tem direito de saber exatamente como cada real foi usado. A prestação de contas materializa esse direito.

A transparência construída através de relatórios detalhados permite que gestores municipais avaliem se investimento está gerando resultados esperados. Quantos pacientes foram atendidos. Quais indicadores de qualidade foram alcançados. Quanto foi gasto com cada categoria de despesa. Informações claras subsidiam decisões sobre continuidade e eventuais ajustes no contrato.

A regularidade na aplicação de recursos é comprovada através de documentação organizada. Cada despesa tem nota fiscal, comprovante de pagamento, atestado de recebimento. Folha de pagamento tem documentação trabalhista completa de cada funcionário. Contratos com fornecedores seguem regulamento próprio de compras. Regularidade formal protege tanto a Organização Social quanto o município.

A legalidade é verificada confrontando ações com normas aplicáveis. Despesas estão dentro das rubricas previstas no orçamento aprovado. Contratações seguem procedimentos legais. Documentação fiscal está correta. Obrigações trabalhistas e tributárias estão em dia. Conformidade legal evita questionamentos de órgãos de controle.

O acompanhamento sistemático permite identificar desvios rapidamente. Se número de atendimentos está abaixo da meta, município pode questionar causas e solicitar ações corretivas. Se despesa com determinado item cresceu muito, pode pedir explicações. Acompanhamento mensal é muito mais efetivo que esperar relatório anual quando problemas já estão consolidados.

A avaliação de resultados vai além de conferir gastos. Município quer saber se população está sendo bem atendida. Indicadores de satisfação do usuário, tempo de espera, resolutividade, taxa de retorno mostram qualidade do serviço. Prestação de contas eficaz equilibra informações financeiras com assistenciais.

O controle da execução assistencial, administrativa e financeira forma visão completa da gestão. Execução assistencial mostra volume e qualidade dos atendimentos. Execução administrativa mostra funcionamento das rotinas operacionais. Execução financeira mostra aplicação dos recursos. Três dimensões precisam estar alinhadas com contrato.

A confiabilidade das informações prestadas é essencial. Dados manipulados ou relatórios maquiados destroem credibilidade rapidamente. Quando fiscalização confronta relatórios com realidade e encontra divergências graves, relacionamento fica comprometido. Honestidade mesmo ao reportar problemas é sempre melhor estratégia que tentar esconder.

16.2.2 Princípios Norteadores da Prestação de Contas

A legalidade orienta que prestação de contas siga exatamente o estabelecido no Contrato de Gestão e legislação aplicável. Formato de relatórios, periodicidade de entrega, conteúdo mínimo, forma de apresentação seguem especificações contratuais. Prestar contas de forma diferente do contratado, mesmo que com boa intenção, não atende obrigação.

A transparência significa disponibilizar informações de forma clara e acessível. Relatórios escritos em linguagem compreensível, não jargão técnico excessivo. Planilhas organizadas com títulos claros. Gráficos que facilitam visualização de tendências. Transparência não é apenas entregar documentos mas fazê-los compreensíveis.

A publicidade dos atos garante que informações sobre contrato são acessíveis não apenas ao município mas à sociedade. Resumos de prestação de contas podem ser publicados em portal de transparência. Principais indicadores divulgados em murais da unidade. Publicidade ativa demonstra que gestão não tem nada a esconder.

A economicidade demonstra que recursos foram usados de forma eficiente. Compras com pesquisa de preços mostram economicidade. Redução de desperdícios mostra gestão eficiente. Renegociação de contratos obtendo melhores condições demonstra zelo com dinheiro público. Economicidade não é gastar pouco mas gastar bem.

A eficiência relaciona recursos aplicados com resultados obtidos. Custo por atendimento mostra eficiência operacional. Taxa de ocupação dos leitos de observação indica aproveitamento da estrutura. Produtividade da equipe médica demonstra dimensionamento adequado. Eficiência permite comparar desempenho ao longo do tempo.

A rastreabilidade garante que qualquer informação prestada pode ser verificada nos documentos originais. Se relatório menciona determinado valor gasto com medicamentos, planilha detalhada discrimina cada compra. Se

compra é questionada, nota fiscal está disponível. Rastreabilidade completa desde informação agregada até documento comprobatório.

O controle por resultados avalia cumprimento de metas e objetivos pactuados. Meta era realizar 3000 atendimentos mensais, foram realizados 3200. Meta de tempo médio de espera era 30 minutos, foi alcançado 25 minutos. Controle por resultados complementa controle de processos e meios. Importa não apenas como foi feito mas se objetivo foi alcançado.

A responsabilização estabelece que dirigentes da Organização Social respondem pela veracidade das informações prestadas. Assinatura em relatórios não é formalidade mas assunção de responsabilidade. Informações falsas ou omissões relevantes podem ensejar responsabilização civil e até criminal. Responsabilização induz zelo na elaboração dos relatórios.

16.2.3 Periodicidade da Prestação de Contas

A prestação de contas mensal permite acompanhamento próximo da execução. Até o décimo dia útil de cada mês, relatório do mês anterior é entregue à Secretaria Municipal de Saúde. Prazo curto exige organização contínua, não deixar para organizar documentação apenas no fim do mês. Rotinas mensais de fechamento contábil e consolidação de indicadores alimentam relatório.

O relatório mensal foca em execução financeira e indicadores operacionais essenciais. Demonstrativo de receitas recebidas e despesas realizadas. Comparativo com orçamento previsto. Produção assistencial do mês com número de atendimentos por classificação de risco. Principais ocorrências do período. Relatório sintético mas completo sobre funcionamento do mês.

A prestação de contas trimestral consolida informações de três meses permitindo análise de tendências. Até quinze dias após fim de cada trimestre, relatório trimestral é apresentado. Além de consolidar dados financeiros e assistenciais, apresenta análise mais aprofundada. Gráficos de evolução trimestre a trimestre. Análise de desvios de metas. Ações corretivas implementadas.

O relatório trimestral aprofunda avaliação de indicadores de qualidade. Satisfação do usuário medida por pesquisa trimestral. Taxa de eventos adversos com análise de causas. Indicadores de segurança do paciente. Resultado de auditorias internas realizadas no período. Avaliação qualitativa complementa quantitativa.

A prestação de contas anual apresenta visão completa do exercício. Até sessenta dias após fim do ano, relatório anual consolidado é entregue. Além de aspectos financeiros e assistenciais, inclui demonstrações contábeis auditadas se exigido. Relatório de gestão com principais realizações, dificuldades enfrentadas, propostas para ano seguinte.

O relatório anual permite comparações com anos anteriores quando houver histórico. Evolução de indicadores ao longo dos anos mostra maturidade da gestão. Investimentos realizados em infraestrutura e equipamentos mostram compromisso com melhoria contínua. Análise retrospectiva robusta embasa planejamento futuro.

Os prazos estabelecidos no Contrato de Gestão são cumpridos rigorosamente. Atraso na prestação de contas pode gerar penalidades contratuais além de demonstrar desorganização administrativa. Eventual impossibilidade de cumprir prazo por motivo relevante é comunicada previamente ao município solicitando prorrogação formal.

A frequência de prestação de contas pode ser ajustada conforme exigências contratuais específicas. Alguns contratos exigem relatórios quinzenais nos primeiros meses de operação para acompanhamento mais próximo da fase de implantação. Periodicidade flexível atende necessidades de controle sem burocratizar excessivamente.

16.2.4 Conteúdo da Prestação de Contas

Relatórios Financeiros

O demonstrativo da execução orçamentária apresenta receitas e despesas do período. Receitas discriminam repasses recebidos do município, eventuais outras receitas, saldo de períodos anteriores. Despesas discriminam gastos por categoria: pessoal, encargos, medicamentos, materiais, serviços contratados, utilidades, outras despesas. Saldo final mostra recurso disponível para próximo período.

O comparativo entre valores previstos e realizados identifica variações. Coluna mostra orçamento aprovado para o período. Outra coluna mostra valores efetivamente realizados. Terceira coluna calcula diferença em valores absolutos e percentuais. Variações superiores a 10% são explicadas em nota explicativa. Comparativo permite avaliar se execução está conforme planejado.

O detalhamento das despesas por rubrica específica onde recursos foram aplicados. Rubrica "pessoal" discrimina salários, férias, décimo terceiro, rescisões. Rubrica "medicamentos" lista principais grupos terapêuticos. Rubrica "serviços" detalha contratos vigentes. Nível de detalhamento equilibra transparência com praticidade, muito detalhamento torna relatório ilegível.

As conciliações financeiras comprovam que registros contábeis correspondem à realidade bancária. Conciliação bancária mensal mostra saldo inicial, entradas, saídas, saldo final em cada conta. Justifica diferenças como cheques ainda não compensados ou depósitos em trânsito. Conciliação perfeita transmite confiança na contabilidade.

Os demonstrativos contábeis aplicáveis incluem balanço patrimonial e demonstração de resultado quando exigidos contratualmente ou por legislação. Esses demonstrativos seguem normas contábeis brasileiras. São elaborados por contador responsável técnico com registro no CRC. Demonstrativos contábeis formais atendem exigência de órgãos de controle.

Relatórios Assistenciais

A produção assistencial da unidade quantifica atendimentos realizados. Total de atendimentos no mês separados por classificação de risco: vermelho, amarelo, verde, azul. Distribuição por sexo e faixa etária mostra perfil epidemiológico. Distribuição por município de origem identifica abrangência regional. Principais motivos de atendimento listam causas mais frequentes.

Os indicadores de desempenho assistencial avaliam qualidade do atendimento. Tempo médio de espera entre chegada e primeiro atendimento médico. Taxa de internação hospitalar após atendimento. Taxa de retorno em 24 horas indicando possível falha na resolutividade. Taxa de evasão de pacientes antes do atendimento. Cada indicador tem meta estabelecida e resultado alcançado.

O cumprimento das metas pactuadas é apresentado de forma clara. Tabela lista cada meta com valor esperado, valor realizado e percentual de alcance. Meta atingida recebe destaque positivo. Meta não atingida vem acompanhada de justificativa e ações corretivas. Transparência em relação às metas demonstra compromisso com resultados.

A análise de resolutividade mostra efetividade do atendimento. Percentual de pacientes que tiveram problema resolvido na própria unidade sem necessidade de transferência. Taxa de encaminhamento para especialidades. Taxa de solicitação de exames complementares. Alta resolutividade indica que unidade está cumprindo papel na rede de atenção.

A qualidade do atendimento é avaliada por múltiplos indicadores. Satisfação do usuário medida por pesquisa com amostra de pacientes. Número de reclamações na ouvidoria e principais motivos. Eventos adversos notificados e ações preventivas implementadas. Tempo médio de permanência na unidade. Qualidade não se mede apenas por números mas eles ajudam.

Relatórios Operacionais e Gerenciais

Os indicadores operacionais monitoram funcionamento da unidade. Taxa de ocupação dos leitos de observação mostra aproveitamento da estrutura. Taxa de absenteísmo de profissionais indica clima organizacional. Consumo de medicamentos por atendimento mostra eficiência no uso de insumos. Custo por atendimento permite comparar eficiência ao longo do tempo.

A gestão de recursos humanos reporta composição e movimentação de pessoal. Quadro atual de profissionais comparado com quadro previsto identifica vacâncias. Admissões e desligamentos no período com motivos. Horas extras realizadas. Afastamentos por doença ou acidente de trabalho. Treinamentos realizados. Gestão de pessoas impacta diretamente qualidade assistencial.

A gestão de insumos, medicamentos e serviços mostra regularidade no abastecimento. Ausência de rupturas de estoque de medicamentos essenciais. Percentual de perdas por vencimento mantido abaixo de meta. Contratos de serviços terceirizados vigentes e em conformidade. Manutenções preventivas realizadas conforme cronograma. Gestão logística sustenta operação assistencial.

As ocorrências relevantes documentam eventos significativos do período. Queda de energia elétrica que afetou atendimentos e medidas tomadas. Pico de demanda em determinado dia e como foi absorvido. Equipamento que quebrou e tempo até reparo. Fiscalização de vigilância sanitária e apontamentos feitos. Ocorrências mostram capacidade de resposta a imprevistos.

As ações corretivas implementadas demonstram gestão proativa. Não conformidade identificada em auditoria interna e correção realizada. Indicador que estava fora da meta e medidas tomadas para melhorar. Reclamação frequente de usuários e mudança de processo implementada. Ações corretivas provam que gestão aprende e melhora continuamente.

16.2.5 Integração com Metas e Indicadores

As metas quantitativas pactuadas estabelecem volume mínimo de produção. Meta de número de atendimentos mensais garante que unidade está operando em capacidade adequada. Se meta é 3000 atendimentos e foram realizados 3200, há cumprimento com folga. Se foram apenas 2700, descumprimento exige justificativa e pode impactar repasse.

As metas qualitativas pactuadas definem padrões de qualidade esperados. Meta de tempo médio de espera máximo de 30 minutos. Meta de satisfação do usuário acima de 80%. Meta de taxa de retorno em 24 horas abaixo de 5%. Qualidade é tão importante quanto quantidade na avaliação de desempenho.

Os indicadores assistenciais medem efetividade do cuidado prestado. Taxa de resolubilidade indica quantos pacientes tiveram problema resolvido na unidade. Taxa de eventos adversos mostra segurança do atendimento. Percentual de prontuários completos indica qualidade dos registros. Indicadores assistenciais são núcleo da prestação de contas.

Os indicadores operacionais avaliam eficiência da gestão. Custo por atendimento mostra eficiência econômica. Taxa de ocupação dos leitos mostra

aproveitamento da estrutura. Produtividade de equipes médica e de enfermagem indica dimensionamento adequado. Percentual de cumprimento de escalas mostra organização de RH.

Os indicadores financeiros monitoram sustentabilidade econômica. Percentual de despesa com pessoal sobre receita total não pode ultrapassar teto estabelecido. Percentual de despesa com medicamentos mantido dentro do previsto. Saldo financeiro suficiente para garantir continuidade operacional. Sustentabilidade financeira garante operação de longo prazo.

A avaliação do desempenho institucional consolida múltiplas dimensões. Quadro resumo apresenta categorias de indicadores: assistenciais, operacionais, financeiros, qualidade. Cada categoria tem nota baseada em percentual de metas atingidas. Desempenho global resulta da média ponderada. Avaliação sistemática permite comparar períodos e unidades.

O sistema de pontuação quando previsto em contrato pode vincular repasses a desempenho. Alcance de 100% das metas garante repasse integral. Alcance entre 90% e 100% pode gerar pequena redução proporcional. Alcance abaixo de 90% pode ensejar penalidades mais significativas. Incentivo financeiro alinha interesses de gestão com objetivos contratuais.

A revisão periódica de metas mantém desafio adequado. Metas iniciais podem ter sido muito fáceis ou muito difíceis. Após período de operação, município e Organização Social avaliam se metas continuam adequadas. Ajustes podem ser negociados mantendo equilíbrio entre exigência e exequibilidade.

16.2.6 Instrumentos e Meios de Prestação de Contas

Os relatórios técnicos e financeiros formais seguem formato estabelecido em contrato ou por orientação da Secretaria Municipal. Template padronizado facilita elaboração e análise. Relatório tem identificação clara: período, unidade, responsáveis. Sumário executivo apresenta destaques. Corpo detalha informações. Anexos trazem documentação comprobatória.

As planilhas detalhadas de execução discriminam item a item cada rubrica de despesa. Planilha de folha de pagamento lista cada funcionário com cargo, salário, encargos. Planilha de medicamentos lista cada compra com fornecedor, produto, quantidade, valor. Planilhas eletrônicas permitem conferências e totalizações facilitando auditoria.

Os demonstrativos contábeis incluem balanço patrimonial, demonstração de resultado, notas explicativas. São elaborados seguindo normas do Conselho Federal de Contabilidade. Assinados por contador responsável técnico e diretor da unidade. Demonstrativos contábeis atendem exigência legal e permitem análise financeira profunda.

Os relatórios gerenciais consolidados apresentam visão executiva para tomadores de decisão. Gráficos mostram evolução de indicadores ao longo dos meses. Análises destacam tendências positivas e áreas de atenção. Conclusões sintetizam situação geral. Relatório gerencial é instrumento de diálogo entre gestão e fiscalização.

Os sistemas informatizados quando disponíveis agilizam prestação de contas. Sistema permite que município acesse informações em tempo real sem esperar relatório formal. Indicadores são atualizados automaticamente conforme dados são lançados. Alertas automáticos notificam quando meta não está sendo cumprida. Informatização reduz burocracia e aumenta transparência.

A apresentação clara dos documentos facilita compreensão e análise. Estrutura lógica com introdução, desenvolvimento, conclusão. Linguagem objetiva evitando jargões desnecessários. Formatação padronizada com títulos destacados. Numeração de páginas e índice para navegação. Documentos bem apresentados demonstram profissionalismo.

A organização dos documentos permite localização rápida de informações. Pasta com abas separando seções: financeiro, assistencial, operacional, documentação comprobatória. Sumário lista todos documentos incluídos. Páginas numeradas sequencialmente. Organização poupa tempo de quem analisa e demonstra respeito.

A rastreabilidade das informações garante que dados agregados podem ser decompostos até origem. Total de despesa com medicamentos é suportado por planilha detalhada de compras. Cada compra tem nota fiscal correspondente. Cada nota fiscal tem pedido e autorização. Trilha completa permite auditoria profunda.

16.2.7 Responsabilidades Institucionais

A direção da Organização Social tem responsabilidade final pela prestação de contas. Diretor geral revisa relatórios antes de envio garantindo correção e completude. Assina relatórios assumindo responsabilidade pela veracidade. Responde por omissões ou incorreções perante município e órgãos de controle. Responsabilidade não pode ser delegada.

A coordenação administrativa e financeira elabora parte financeira dos relatórios. Coordenador financeiro consolida informações contábeis, bancárias, orçamentárias. Prepara demonstrativos e planilhas analíticas. Confere cálculos e totalizações. Identifica e explica variações orçamentárias. Trabalho técnico de qualidade facilita aprovação pela fiscalização.

O responsável técnico pela unidade elabora parte assistencial dos relatórios. Diretor técnico ou coordenador assistencial consolida estatísticas de atendimentos. Analisa indicadores de qualidade. Explica variações em metas

assistenciais. Propõe ações corretivas para problemas identificados. Visão clínica complementa visão administrativa.

Os gestores setoriais fornecem informações de suas áreas. Coordenador de enfermagem fornece dados sobre equipe, escalas, procedimentos realizados. Coordenador de farmácia fornece informações sobre consumo de medicamentos. Coordenador de RH fornece dados sobre quadro de pessoal. Informação descentralizada é mais precisa.

A definição clara de prazos internos garante entrega no prazo ao município. Se relatório deve ser entregue dia 10, prazo interno para consolidação é dia 5. Cada setor tem prazo para enviar suas informações ao responsável pela consolidação. Prazos internos com folga acomodam imprevistos sem comprometer entrega final.

A revisão cruzada reduz erros. Coordenador financeiro revisa números assistenciais verificando coerência com custos. Coordenador assistencial revisa custos verificando compatibilidade com volume de atendimentos. Auditoria interna faz verificação final antes de envio. Múltiplas revisões aumentam confiabilidade.

O treinamento de responsáveis garante que sabem elaborar relatórios adequadamente. Treinamento inicial explica estrutura de relatórios, fontes de dados, cálculo de indicadores. Manual de prestação de contas documenta procedimentos. Dúvidas são esclarecidas com gestor municipal antes de enviar relatório incorreto. Capacitação previne erros.

16.2.8 Análise, Acompanhamento e Fiscalização

A análise da regularidade da execução financeira verifica se gastos estão conforme previsto. Fiscal do contrato designado pelo município analisa relatórios recebidos. Confere se despesas estão dentro das rubricas autorizadas. Verifica se percentuais estão dentro dos limites. Identifica gastos que parecem incompatíveis com objeto do contrato.

A avaliação do cumprimento das metas assistenciais compara resultados com objetivos. Meta de atendimentos foi alcançada? Indicadores de qualidade atingiram padrões esperados? Tempo de espera está controlado? Avaliação objetiva baseada em números reduz subjetividade. Metas não atingidas requerem justificativa convincente.

A identificação de desvios ou não conformidades dispara processo de esclarecimento. Fiscal identifica no relatório algo que não está claro ou parece incorreto. Notifica Organização Social solicitando explicações. Prazo de 5 dias úteis para resposta é usual. Esclarecimentos são analisados e podem ou não sanar dúvida.

A solicitação de esclarecimentos ou ajustes é direito do município. Se relatório está incompleto, pode solicitar informações adicionais. Se formato dificulta análise, pode pedir reformulação. Se indicador está mal calculado, pode solicitar recálculo. Organização Social atende prontamente demonstrando colaboração.

A determinação de ações corretivas pode resultar de fiscalização. Se meta não foi cumprida, município pode exigir plano de ação para regularizar. Se problema estrutural foi identificado, pode determinar mudança de processo. Ações corretivas determinadas formalmente precisam ser implementadas com comprovação posterior.

A realização de visitas técnicas complementa análise documental. Fiscal visita unidade para observar operação in loco. Verifica se estrutura está adequada. Conversa com profissionais e usuários. Observa prontuários. Visita presencial detecta problemas que não aparecem em relatórios.

A convocação para reuniões presenciais permite discussão aprofundada. Município convoca direção da Organização Social para apresentar prestação de contas e esclarecer dúvidas. Reunião permite diálogo mais rico que troca de ofícios. Problemas podem ser resolvidos colaborativamente.

As penalidades por descumprimento estão previstas em contrato. Atraso na prestação de contas pode gerar advertência. Informações incorretas podem gerar multa. Descumprimento grave e reiterado de metas pode ensejar rescisão. Penalidades não são objetivo mas instrumento de garantia de cumprimento.

16.2.9 Conformidade com Órgãos de Controle

As exigências do Contrato de Gestão são cumpridas integralmente. Cláusulas sobre prestação de contas são lidas cuidadosamente e seguidas à risca. Se contrato exige determinado demonstrativo, ele é elaborado mesmo que gestão julgue desnecessário. Cumprimento contratual rigoroso evita questionamentos.

As orientações da Secretaria Municipal de Saúde sobre formato e conteúdo são seguidas. Secretaria pode publicar manual de prestação de contas ou instruções específicas. Essas orientações complementam contrato e têm força normativa. Atualizações de procedimentos são acompanhadas e implementadas.

As diretrizes dos Tribunais de Contas orientam elaboração de relatórios. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo publica orientações sobre contratos de gestão com organizações sociais. Principais pontos de atenção identificados em jurisprudência são considerados. Prevenir questionamento futuro de TCE é mais inteligente que ter que defender decisão duvidosa.

Os princípios da Administração Pública de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência permeiam prestação de contas. Legalidade garante que ações estão conforme normas. Impessoalidade assegura que recursos beneficiam coletividade. Moralidade exige ética e probidade. Publicidade garante transparência. Eficiência demonstra boa gestão.

A conformidade técnica assegura que informações assistenciais seguem padrões do SUS. Estatísticas de produção são reportadas conforme tabelas do DATASUS. Procedimentos são codificados conforme SIGTAP. Terminologia segue padrões nacionais. Conformidade técnica facilita consolidação de dados em âmbito estadual e federal.

A conformidade legal verifica cumprimento de toda legislação aplicável. Legislação trabalhista no tratamento de recursos humanos. Legislação tributária no recolhimento de impostos. Legislação sanitária nas instalações e processos. Legislação ambiental na destinação de resíduos. Conformidade legal abrangente protege gestão.

A conformidade institucional mantém alinhamento com políticas municipais de saúde. Unidade opera integrada à rede municipal. Participa de ações coordenadas pela secretaria. Contribui para atingir objetivos de saúde pública municipais. Integração na rede é mais importante que operar isoladamente.

16.2.10 Registro, Arquivamento e Rastreabilidade

O registro formal dos documentos cria protocolo de entrega. Relatórios enviados ao município são protocolados com data, horário e responsável pelo recebimento. Cópia do protocolo comprova entrega no prazo. Envio por meio eletrônico gera comprovante de transmissão. Registro protege contra alegação de não entrega.

A organização em arquivos físicos mantém documentação em papel ordenadamente. Arquivo deslizante ou arquivo de aço com pastas suspensas. Identificação externa das pastas por período. Documentos dentro das pastas em ordem cronológica. Acesso restrito à sala de arquivo mantém segurança. Organização física ainda é necessária mesmo na era digital.

A organização em arquivos digitais espelha organização física. Servidor com estrutura de pastas por ano e período. Backup diário em nuvem protege contra perda. Controle de acesso por senha garante segurança. Arquivos em PDF/A garantem legibilidade futura. Digitalização facilita consulta e compartilhamento.

A manutenção à disposição da Administração Pública garante acesso quando necessário. Fiscal do contrato pode solicitar acesso a qualquer documento a qualquer tempo. Auditoria municipal pode requerer informações

adicionais. Documentos são disponibilizados prontamente sem embaraços. Acesso facilitado demonstra transparência.

A manutenção à disposição dos órgãos de controle atende exigência legal. Tribunal de Contas pode requisitar documentos durante auditoria. Ministério Público pode solicitar informações em investigação. Documentos são fornecidos integralmente dentro do prazo legal. Colaboração com órgãos de controle é obrigação e demonstra conformidade.

A preservação pelo prazo legal protege contra questionamentos futuros. Prazo de guarda de documentos é tipicamente cinco anos. Contratos e relatórios são mantidos por no mínimo esse período. Após prescrição de eventuais ações, documentos podem ser descartados. Manutenção por prazo adequado equilibra segurança jurídica com espaço físico.

A digitalização certificada garante validade legal de documentos eletrônicos. Digitalização com certificação ICP-Brasil tem mesmo valor que original em papel. Permite descarte de papel após digitalização quando permitido por lei. Reduz necessidade de espaço físico e facilita acesso. Digitalização é tendência irreversível.

16.2.11 Transparência e Publicidade

A publicidade dos atos relacionados ao Contrato de Gestão cumpre princípio constitucional. Resumo do contrato é publicado em diário oficial ou jornal. Extrato de aditivos contratuais também são publicados. Publicidade formal atende exigência legal e dá conhecimento público da contratação.

A divulgação de informações no portal de transparência facilita acesso. Portal pode conter seção específica sobre contrato de gestão. Informações sobre valores repassados, principais indicadores, relatórios resumidos de prestação de contas. Acesso pela internet amplia transparência além do exigido legalmente.

A disponibilização das informações exigidas por lei de acesso à informação é obrigatória. Cidadão pode fazer pedido de informação sobre execução do contrato. Pedido é respondido em prazo de 20 dias conforme Lei 12.527/2011. Negativa de acesso só é possível se informação for sigilosa por lei. Transparência ativa reduz necessidade de pedidos formais.

O atendimento a pedidos de informação da imprensa é feito com agilidade. Jornalista solicita dados sobre unidade para reportagem. Assessoria de imprensa ou direção fornece informações factuais. Transparência com imprensa constrói imagem positiva. Tentar esconder informação pública geralmente resulta em matéria negativa.

A publicação de relatórios resumidos em murais da unidade informa usuários. Quadro na recepção mostra principais indicadores do mês. Número de atendimentos realizados, tempo médio de espera, taxa de satisfação. Usuário

informado pode avaliar qualidade do serviço. Transparência local fortalece controle social.

A participação em audiências públicas quando convocadas demonstra compromisso. Município pode realizar audiência pública para prestar contas de contratos de gestão. Direção da Organização Social participa apresentando resultados. População pode fazer perguntas e contribuir. Participação em audiências legitima gestão.

O fortalecimento da confiança resulta de transparência sistemática. Cada relatório entregue no prazo, cada dado conferível, cada dúvida esclarecida constrói confiança. Com tempo, fiscalização passa de desconfiança inicial para confiança baseada em histórico. Confiança facilita relacionamento e negociações futuras.

A prestação de contas estruturada e sistemática é obrigação legal mas também oportunidade de demonstrar qualidade da gestão. Relatórios bem elaborados, indicadores positivos, metas cumpridas mostram que Organização Social está fazendo bom trabalho. Prestação de contas deixa de ser fardo burocrático para se tornar vitrine de resultados.

A governança institucional fortalecida por prestação de contas transparente protege gestores. Dirigente que presta contas adequadamente tem respaldo documental para defender decisões. Se houver questionamento posterior, pode demonstrar que agiu corretamente com base em informações disponíveis. Governança é proteção, não amarração.

O controle da execução do Contrato de Gestão permite ajustes de rumo. Monitoramento mensal identifica desvios rapidamente. Ações corretivas são implementadas antes que problemas se agravem. Flexibilidade para ajustar dentro dos limites contratuais mantém execução nos trilhos. Controle próximo beneficia ambas as partes.

A correta aplicação dos recursos públicos é demonstrada através de documentação farta. Cada real recebido é rastreável até sua aplicação final. Despesas estão todas documentadas e justificadas. Não há gastos incompatíveis com objeto do contrato. Prestação de contas rigorosa comprova aplicação correta.

A transparência da gestão construída mês a mês gera credibilidade. Município que confia em Organização Social facilita renovações contratuais. População que vê resultados apoia continuidade. Profissionais que trabalham em gestão transparente têm orgulho institucional. Transparência traz benefícios múltiplos.

O cumprimento das metas pactuadas comprova efetividade do modelo de gestão. Meta não é número aleatório mas compromisso formal. Alcançar metas repetidamente demonstra que gestão é competente. Desculpas por metas não cumpridas eventualmente se esgotam. Resultado consistente fala mais alto.

A efetividade dos serviços prestados à população é objetivo final. Prestação de contas não é fim em si mesma mas meio de garantir que população está sendo bem atendida. Números em relatórios representam vidas salvas, sofrimentos aliviados, saúde recuperada. Nunca perder de vista que por trás de estatísticas há pessoas.

O alinhamento com Edital e Termo de Referência garante que execução corresponde ao que foi proposto. Proposta vencedora estabeleceu compromissos que precisam ser cumpridos. Prestação de contas demonstra esse cumprimento. Desvios materiais da proposta podem ser questionados como descumprimento contratual.

Os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade, integralidade, equidade orientam prestação de contas. Indicadores mostram se atendimento é universal sem discriminação. Resolutividade mostra se cuidado é integral. Análise de perfil de usuários mostra se há equidade. SUS não é apenas marco legal mas compromisso ético.

Esta sistemática de Prestação de Contas à Administração Pública estabelece as bases para relacionamento transparente, responsável e produtivo entre Organização Social e município de Colina. Sua execução fiel garantirá que recursos públicos sejam bem aplicados, metas sejam cumpridas, problemas sejam identificados e corrigidos, e população seja bem atendida, em consonância com Contrato de Gestão e expectativas legítimas da sociedade.

16.3 Conformidade com Órgãos de Controle

16.3.1 Finalidade da Conformidade com Órgãos de Controle

A conformidade com órgãos de controle no Pronto Atendimento Municipal de Colina garante que gestão opera dentro da legalidade. Tribunal de Contas, Controladoria, Ministério Público têm poder de fiscalizar contratos de gestão e podem determinar correções, aplicar multas ou até recomendar rescisão contratual. Operar em conformidade não é favor mas obrigação legal e estratégia de proteção institucional.

A execução do Contrato de Gestão precisa estar alinhada com normas federais, estaduais e municipais. Lei das Organizações Sociais estabelece regras gerais. Legislação municipal específica pode trazer requisitos adicionais. Normas do SUS regulam aspectos assistenciais. Legislação trabalhista e

tributária também se aplicam. Conformidade exige conhecer e cumprir todo esse arcabouço normativo.

A regularidade da gestão é verificada constantemente através de controles internos que antecipam fiscalizações externas. Se controle interno identifica problema, correção acontece antes de auditoria externa encontrar. Auditoria que encontra tudo regular valida gestão. Auditoria que encontra múltiplas irregularidades questiona competência dos gestores.

A proteção do interesse público orienta que recursos destinados à saúde sejam usados exclusivamente para essa finalidade. Desvio de recursos, superfaturamento, contratações direcionadas prejudicam população que precisa do serviço. Órgãos de controle atuam defendendo interesse coletivo contra má gestão ou corrupção.

A segurança jurídica da Administração Pública municipal precisa estar garantida. Município que contrata Organização Social compartilha responsabilidade pela execução. Se gestão for irregular, município também pode ser questionado. Por isso, conformidade da Organização Social protege também o município contratante.

A atuação preventiva evita problemas antes que aconteçam. Revisar processo de compras verificando conformidade com regulamento próprio antes de executar previne questionamentos futuros. Consultar assessoria jurídica sobre dúvida legal antes de tomar decisão evita erro. Prevenção é mais barata que correção.

A atuação transparente mostra que gestão não tem nada a esconder. Disponibilizar documentos prontamente quando solicitados demonstra organização. Explicar decisões claramente mostra racionalidade. Transparência constrói credibilidade junto aos órgãos de controle que passam a confiar na gestão.

A atuação colaborativa trata órgãos de controle como parceiros na melhoria da gestão, não como inimigos a combater. Recomendação de auditoria é oportunidade de melhorar processo, não ataque pessoal. Postura defensiva e confrontacional piora relacionamento. Postura colaborativa facilita diálogo e resolução construtiva de questões.

16.3.2 Órgãos de Controle Abrangidos

O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo fiscaliza contratos de gestão celebrados por municípios paulistas. TCE-SP pode realizar auditorias operacionais, inspeções in loco, solicitar documentos, convocar gestores para prestar esclarecimentos. Decisões do TCE têm força coercitiva podendo determinar devolução de recursos, aplicar multas a gestores ou recomendar rescisão contratual.

A Controladoria Geral do Município de Colina quando existente realiza auditoria interna da execução do contrato. Controlador municipal verifica se prestação de contas está adequada, se metas estão sendo cumpridas, se recursos estão sendo bem aplicados. Controladoria faz ponte entre gestão e controle externo, identificando problemas antes que cheguem ao TCE.

A Secretaria Municipal de Saúde exerce fiscalização direta do contrato. Gestor do contrato designado pela secretaria acompanha execução mensalmente. Comissão de avaliação analisa relatórios e indicadores. Secretário pode determinar ações corretivas ou aplicar penalidades previstas em contrato. Relacionamento próximo com secretaria é cotidiano.

As auditorias do Sistema Único de Saúde incluem Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS e Núcleo de Auditoria do SUS estadual ou municipal. Auditores SUS verificam conformidade com normas técnicas do sistema, adequação de procedimentos assistenciais, qualidade dos registros. Foco é mais assistencial que financeiro.

O Ministério Público pode atuar investigando denúncias sobre má gestão, irregularidades ou problemas assistenciais. Promotor pode instaurar inquérito civil, requisitar documentos, realizar inspeções. MP tem poder de firmar Termo de Ajustamento de Conduta ou propor ação civil pública. Atuação do MP geralmente decorre de denúncias.

A Vigilância Sanitária municipal e estadual fiscaliza aspectos sanitários das instalações e processos. Verifica condições estruturais, gerenciamento de resíduos, controle de infecção, farmácia. Pode aplicar advertências, multas ou interdição. Relacionamento com vigilância é técnico e frequente.

O Conselho Municipal de Saúde acompanha execução de políticas de saúde incluindo contratos de gestão. Pode convocar gestores para prestar informações. Deliberações do conselho orientam secretaria municipal. Embora não seja órgão de controle formal, conselho representa controle social importante.

A Polícia e órgãos de investigação atuam quando há indícios de crimes como peculato, corrupção ou fraude. Investigação criminal é situação extrema que gestão regular previne. Mas possibilidade existe e reforça importância de operar dentro da lei rigorosamente.

16.3.3 Princípios da Atuação Frente aos Órgãos de Controle

A legalidade e conformidade normativa orientam cada decisão. Antes de fazer, perguntar: isso está de acordo com a lei? Com o contrato? Com o regulamento? Se resposta não é clara, consultar assessoria jurídica. Decidir no escuro assumindo riscos desnecessários não é gestão corajosa mas imprudência.

A transparência e boa-fé significam fornecer informações verdadeiras e completas. Nunca omitir documento desfavorável esperando que fiscalização não encontre. Nunca distorcer informação para parecer melhor. Mentira ou omissão descoberta destrói credibilidade completamente. Verdade mesmo quando inconveniente mantém respeito.

A cooperação institucional trata órgãos de controle como instituições do Estado cumprindo seu papel. Auditoria não é perseguição pessoal mas exercício de função pública. Postura cooperativa facilita trabalho do auditor que pode focar no mérito em vez de brigar para obter informações. Cooperação gera reciprocidade.

A prestação de informações tempestiva cumpre prazos estabelecidos. Se órgão concede 10 dias para resposta, responder em 10 dias ou menos. Pedido de prorrogação só se houver impossibilidade real com justificativa convincente. Atrasos sucessivos irritam fiscalização e podem ser interpretados como tentativa de obstrução.

A prestação de informações completa responde efetivamente o que foi perguntado. Não enviar volume imenso de documentos genéricos forçando auditor a procurar agulha no palheiro. Mas também não enviar apenas fragmento esperando que auditor não perceba que falta algo. Resposta precisa, completa e organizada demonstra profissionalismo.

A rastreabilidade e comprovação documental permitem verificar cada afirmação. Se relatório diz que determinado treinamento foi realizado, lista de presença comprova. Se diz que equipamento foi adquirido, nota fiscal e termo de recebimento comprovam. Afirmação sem comprovação é apenas alegação.

A prevenção de irregularidades através de controles robustos evita que problemas cheguem a órgãos externos. Auditoria interna que funciona detecta irregularidade antes de auditoria externa. Correção tempestiva evita que problema pequeno se transforme em escândalo. Prevenção é investimento que se paga.

16.3.4 Estruturação Interna para Atendimento aos Órgãos de Controle

A designação de responsáveis formais pelo relacionamento com órgãos de controle centraliza comunicação e garante consistência. Coordenador administrativo ou pessoa designada especificamente é ponto focal. Recebe comunicações dos órgãos de controle, distribui internamente para áreas pertinentes, consolida respostas, acompanha prazos. Centralização evita que solicitações se percam.

O responsável designado mantém registro de todas solicitações recebidas. Planilha de controle lista órgão solicitante, data do recebimento, assunto, prazo de resposta, responsável interno pela elaboração, data de envio da resposta.

Controle sistemático garante que nenhuma solicitação fique sem resposta ou perca prazo.

A organização documental permanente facilita atendimento rápido. Documentos já estão organizados em arquivo físico e digital conforme descrito em seções anteriores. Quando chega solicitação, localizar documentos é questão de minutos, não de dias. Organização preventiva é mais eficiente que organizar sob pressão de prazo curto.

A organização gerencial mantém informações consolidadas acessíveis. Relatórios gerenciais mensais já elaborados têm dados que frequentemente são solicitados. Indicadores estão calculados e atualizados. Prestações de contas anteriores estão arquivadas. Informação gerencial organizada permite responder muitas questões apenas compilando dados já existentes.

A disponibilidade de informações assistenciais permite responder questões sobre atendimentos. Sistema informatizado gera estatísticas rapidamente. Prontuários estão organizados permitindo auditoria de amostra. Protocolos assistenciais estão documentados. Escalas de profissionais estão registradas. Informação assistencial estruturada demonstra gestão organizada.

A disponibilidade de informações financeiras e administrativas permite demonstrar regularidade fiscal. Contabilidade está em dia. Demonstrativos financeiros estão prontos. Documentação de despesas está organizada. Contratos estão arquivados. Folha de pagamento tem documentação trabalhista completa. Organização financeira e administrativa previne a maioria dos questionamentos.

A integração entre setores para resposta coordenada evita contradições. Resposta sobre questão assistencial é elaborada por coordenação técnica. Resposta sobre questão financeira é elaborada por coordenação financeira. Coordenador responsável por relacionamento com controle consolida informações garantindo coerência. Resposta institucional única é mais forte que fragmentada.

As reuniões preparatórias antes de auditorias presenciais alinham equipe. Quando auditoria é agendada, reunião interna revisa processos, identifica documentação que será solicitada, define quem responderá questões de cada área. Equipe preparada transmite profissionalismo. Improvisação transmite desorganização.

16.3.5 Disponibilização de Informações e Documentos

Os relatórios financeiros e contábeis são disponibilizados conforme solicitado. Demonstrativo de receitas e despesas. Balancetes mensais. Balanço patrimonial e demonstração de resultado anual. Conciliações bancárias.

Planilhas analíticas de despesas. Documentação contábil completa está sempre disponível para auditoria.

Os relatórios assistenciais e operacionais mostram produção e qualidade. Estatísticas de atendimentos por período, classificação de risco, município de origem. Indicadores de qualidade como tempo de espera, satisfação do usuário, eventos adversos. Relatórios de produção que já são enviados mensalmente ao município estão prontamente disponíveis.

Os demonstrativos de execução do Contrato de Gestão evidenciam cumprimento de metas. Quadro comparativo entre metas pactuadas e resultados alcançados. Justificativas para metas não atingidas. Ações corretivas implementadas. Evolução de indicadores ao longo dos meses. Demonstrativos mostram se contrato está sendo cumprido.

Os documentos comprobatórios das despesas incluem toda cadeia documental. Requisição de compra. Cotações de fornecedores. Autorização de compra. Nota fiscal. Comprovante de recebimento. Comprovante de pagamento. Para despesas questionadas, toda documentação é apresentada demonstrando regularidade formal.

Os registros administrativos e gerenciais documentam processos e decisões. Atas de reuniões mostram deliberações. Portarias de designação formalizam responsabilidades. Procedimentos operacionais padronizados documentam processos. Relatórios de auditoria interna mostram controles funcionando. Registros variados demonstram gestão estruturada.

A apresentação clara facilita análise pelo auditor. Documentos organizados em sequência lógica. Índice listando todos documentos. Destaques ou marcações em informações mais relevantes. Explicação contextual quando necessário. Auditor que encontra informação facilmente pode focar análise em vez de procurar documentos.

A tempestividade no atendimento cumpre prazos rigorosamente. Prazo de 10 dias significa responder em no máximo 10 dias, preferencialmente antes. Resposta antecipada demonstra eficiência. Resposta no último dia ainda está no prazo mas transmite mensagem de desorganização. Resposta com atraso sem justificativa pode gerar penalidade.

O formato adequado segue especificações quando há. Se órgão solicita resposta em formulário específico, usar esse formulário. Se pede planilha em formato específico, fornecer nesse formato. Seguir especificações demonstra atenção e respeito. Ignorar formato solicitado pode resultar em devolução para refazer.

16.3.6 Atendimento às Auditorias e Fiscalizações

O acesso às dependências é franqueado a auditores devidamente identificados. Auditor apresenta credencial e ordem de serviço. Direção confirma legitimidade. Acesso é permitido a todas áreas necessárias para trabalho de auditoria. Tentar restringir acesso gera suspeita de haver algo a esconder. Acesso facilitado demonstra transparência.

O acesso às informações necessárias é disponibilizado prontamente. Auditor solicita determinado documento, profissional designado localiza e fornece. Auditor quer entrevistar determinado funcionário, funcionário é disponibilizado. Senha para acessar sistema informatizado é fornecida com perfil de consulta. Acesso rápido acelera trabalho de auditoria.

O apoio técnico durante trabalhos inclui disponibilizar sala adequada para equipe de auditoria trabalhar. Sala com mesa, cadeiras, tomadas, iluminação adequada. Acesso a impressora se necessário. Café e água disponíveis. Conforto básico demonstra hospitalidade profissional.

O apoio logístico facilita coleta de informações. Profissional designado acompanha auditores apresentando setores, explicando fluxos, localizando documentos. Não é para interferir no trabalho mas para facilitar. Auditor que precisa procurar tudo sozinho desperdiça tempo e fica frustrado.

O esclarecimento de dúvidas e questionamentos é feito objetivamente. Auditor questiona determinado procedimento, gestor explica racional da decisão. Auditor não entende lançamento contábil, contador esclarece. Explicações claras e fundamentadas demonstram que decisões foram racionais, não arbitrárias.

O registro formal das demandas apresentadas documenta o que foi solicitado. Se auditoria é presencial, ata registra temas discutidos e documentos solicitados. Cópia dos documentos fornecidos é mantida. Se auditoria resulta em relatório preliminar, resposta formal é elaborada para cada apontamento. Registro protege ambas as partes.

A postura colaborativa durante auditoria facilita trabalho. Auditor pede para ver almoxarifado de medicamentos, equipe acompanha e mostra organização. Auditor quer conferir escalas de profissionais, coordenador apresenta planilhas. Colaboração não significa concordar com tudo mas facilitar que auditor faça seu trabalho.

O respeito mútuo mantém relacionamento profissional. Auditor merece tratamento respeitoso como autoridade pública. Gestores merecem tratamento respeitoso como profissionais sérios. Discussões se houver devem ser técnicas, baseadas em argumentos, nunca pessoais. Respeito permite discordar sem romper relacionamento.

16.3.7 Tratamento de Apontamentos e Recomendações

O registro formal das manifestações recebidas documenta comunicações oficiais dos órgãos de controle. Relatório de auditoria é protocolado imediatamente ao receber. Ofício com questionamentos é registrado. Recomendação é arquivada em pasta específica. Registro sistemático garante que nenhuma manifestação se perca.

A análise técnica dos apontamentos avalia cada item com cuidado. Apontamento procede? Evidências sustentam crítica? Houve mal entendido que pode ser esclarecido? Procedimento realmente está incorreto e precisa mudar? Análise isenta identifica onde gestão pode se defender e onde precisa reconhecer problema.

A contestação fundamentada é elaborada quando apontamento não procede. Se auditor criticou procedimento alegando descumprimento de norma mas norma citada não se aplica ao caso, contestação apresenta argumentação jurídica demonstrando inaplicabilidade. Contestação não é birra mas defesa técnica de posição.

A aceitação de apontamentos procedentes é postura madura. Se auditoria identificou problema real, reconhecer é mais inteligente que tentar negar evidência. Reconhecimento demonstra honestidade. Justificativa explica contexto sem tentar desculpar. Compromisso de corrigir demonstra responsabilidade.

A elaboração de plano de ação corretivo detalha como problema será resolvido. Cada apontamento aceito gera ação específica. Descrição clara da ação. Responsável designado. Prazo definido realisticamente. Recurso necessário identificado. Plano de ação transforma intenção em compromisso concreto.

A definição de responsáveis nomeia profissional que implementará ação. Responsável assina plano de ação assumindo compromisso. Não é para culpabilizar mas para garantir que ação terá dono. Ação sem responsável definido raramente é executada.

A definição de prazos estabelece quando ação será concluída. Prazo considera complexidade da ação. Ação simples tem prazo curto. Ação que exige compra ou contratação tem prazo compatível com processo. Prazo irrealista não será cumprido. Prazo excessivamente longo posterga correção necessária.

O monitoramento da implementação acompanha execução das ações. Reunião mensal revisa status de cada ação do plano. Verde se em andamento conforme previsto. Amarelo se com pequeno atraso mas recuperável. Vermelho se atrasado significativamente. Monitoramento garante que plano não vire gaveta.

A comprovação da execução evidencia que ação foi realizada. Ação era treinar equipe, lista de presença de treinamento comprova. Ação era revisar procedimento, novo procedimento documentado comprova. Evidência objetiva é mais forte que simples afirmação de que foi feito.

16.3.8 Prevenção de Irregularidades e Atuação Preventiva

O fortalecimento dos mecanismos de controle interno reduz probabilidade de irregularidades. Controles descritos na seção 16.1 são implementados e funcionam efetivamente. Auditoria interna regular detecta problemas antes de controle externo. Controle interno robusto é primeira linha de defesa.

A padronização de processos e rotinas elimina variabilidade que pode gerar erro. Processo de compras padronizado garante que todos passos sejam seguidos sempre. Rotina de fechamento mensal padronizada evita esquecimentos. Procedimentos documentados podem ser auditados verificando conformidade. Padronização cria previsibilidade.

O monitoramento contínuo da execução contratual identifica desvios rapidamente. Acompanhamento mensal de metas mostra se cumprimento está em risco. Análise de variação orçamentária mostra se gastos estão descontrolados. Monitoramento de indicadores de qualidade mostra se assistência está adequada. Monitoramento permite correção de rumo.

A capacitação das equipes sobre exigências legais previne erros por desconhecimento. Treinamento sobre regulamento de compras ensina procedimentos corretos. Orientação sobre legislação trabalhista previne irregularidades em RH. Capacitação sobre normas sanitárias garante conformidade. Equipe informada erra menos.

A correção tempestiva de desvios identificados evita que problema se consolide. Controle interno identifica pagamento sem documentação completa, correção é imediata. Auditoria interna encontra procedimento inadequado, mudança é implementada. Velocidade de correção minimiza impacto e demonstra gestão responsiva.

A consultoria jurídica preventiva evita decisões ilegais. Dúvida sobre aplicação de norma é esclarecida com advogado antes de decidir. Minuta de contrato complexo é revisada juridicamente antes de assinar. Parecer jurídico documenta análise legal da decisão. Assessoria preventiva é investimento que evita problemas maiores.

A atualização normativa mantém gestão informada sobre mudanças legais. Legislação muda constantemente. Novas resoluções da Anvisa. Mudanças em legislação trabalhista. Orientações de Tribunais de Contas. Acompanhamento de alterações normativas permite adequar processos tempestivamente.

16.3.9 Integração com o Sistema de Controle Interno e Prestação de Contas

A integração com Sistema de Controle Interno garante coerência. Controles internos descritos na seção 16.1 geram informações que alimentam prestação de contas e resposta a órgãos de controle. Mesmos controles que permitem gestão eficaz também facilitam demonstração de conformidade. Integração evita sistemas paralelos.

A integração com Prestação de Contas à Administração Pública aproveita relatórios. Relatórios mensais enviados ao município contêm muitas informações que órgãos de controle solicitam. Se Tribunal de Contas pede demonstrativo de despesas, planilhas da prestação de contas já têm informação. Reutilização de informações economiza esforço.

A integração com gestão por indicadores facilita demonstração de resultados. Indicadores monitorados mensalmente mostram desempenho. Quando órgão de controle questiona se metas estão sendo cumpridas, série histórica de indicadores responde objetivamente. Gestão por indicadores não é apenas ferramenta gerencial mas também prestação de contas.

A integração com Programa de Qualidade demonstra compromisso com melhoria. Auditorias internas de qualidade identificam não conformidades e geram ações corretivas. Órgãos de controle valorizam unidades que têm programa de qualidade estruturado. Qualidade e conformidade são complementares.

A coerência entre execução, controle e fiscalização significa que gestão pratica o que documenta. Procedimento documentado corresponde ao executado na prática. Informação em relatório corresponde aos registros primários. Coerência demonstra honestidade e organização. Incoerências geram suspeita de maquiagem.

16.3.10 Registro, Evidências e Rastreabilidade

O registro de solicitações recebidas documenta cada comunicação de órgãos de controle. Ofício do TCE solicitando documentos é registrado com protocolo, data, assunto, prazo. Planilha de controle rastreia todas solicitações em aberto. Registro garante que nenhuma solicitação seja esquecida.

O registro de documentos e informações encaminhadas comprova atendimento. Cópia de cada ofício-resposta é arquivada. Lista de documentos enviados é mantida. Protocolo de entrega ou comprovante de envio eletrônico evidencia que resposta foi enviada tempestivamente. Registro protege contra alegação de não atendimento.

O registro de respostas e esclarecimentos prestados mantém histórico. Questionamento sobre determinado procedimento foi respondido explicando

fundamento legal. Resposta fica arquivada. Se questionamento similar surgir novamente, resposta anterior serve de base. Histórico evita refazer trabalho.

O registro de planos de ação decorrentes de apontamentos documenta compromissos. Relatório de auditoria apontou cinco não conformidades. Plano de ação com cinco ações foi elaborado. Registro do plano e comprovação de execução de cada ação demonstram que apontamentos foram tratados seriamente.

A organização de pasta específica para cada órgão de controle facilita acesso. Pasta "Tribunal de Contas" contém todas comunicações recebidas e respostas enviadas ao TCE organizadas cronologicamente. Pasta "Controladoria" contém interações com controladoria municipal. Organização temática agiliza localização.

A manutenção de arquivo digital espelhando físico permite backup e compartilhamento. Digitalização de documentos importantes garante que se original físico se perder, cópia digital existe. PDF pesquisável permite buscar por palavras-chave. Arquivo digital facilita envio eletrônico de documentos quando solicitado.

A rastreabilidade completa permite reconstruir qualquer processo. Se órgão questiona determinada despesa, é possível apresentar requisição de compra, cotações, autorização, nota fiscal, recebimento, pagamento. Trilha documental completa desde início até fim comprova regularidade.

16.3.11 Transparência e Responsabilização

A postura institucional transparente facilita relacionamento com todos órgãos de controle. Informações são compartilhadas proativamente. Relatórios são completos e claros. Acesso a documentos é facilitado. Transparência constrói confiança ao longo do tempo. Órgãos de controle passam a confiar na gestão quando transparência é consistente.

A adoção de medidas administrativas cabíveis demonstra que gestão leva conformidade a sério. Irregularidade identificada internamente ou por controle externo resulta em providências. Processo administrativo apura responsabilidades. Penalidade proporcional é aplicada quando há culpa. Impunidade incentiva reincidência.

A observância da legislação vigente orienta medidas administrativas. Legislação trabalhista para questões de RH. Regulamento interno para questões disciplinares. Devido processo legal sempre respeitado. Medidas legalmente embasadas resistem a contestações.

O devido processo legal garante direito de defesa. Profissional acusado de irregularidade tem direito de se defender antes de punição. Ampla defesa e

contraditório são princípios constitucionais aplicáveis mesmo em processos administrativos. Respeito ao devido processo é obrigação legal e ética.

A proporcionalidade nas sanções adequa penalidade à gravidade. Erro leve sem dolo pode gerar advertência. Erro médio com negligência pode gerar suspensão. Erro grave com dolo pode gerar demissão. Proporcionalidade é princípio de justiça. Desproporcionalidade gera sensação de injustiça.

A apuração imparcial investiga fatos objetivamente. Comissão de inquérito ou profissional designado ouve todas partes. Coleta evidências documentais. Analisa com isenção. Conclusão baseia-se em fatos não em impressões. Imparcialidade garante justiça.

A documentação completa de processos administrativos permite defesa institucional. Se funcionário punido recorre judicialmente, documentação do processo administrativo demonstra que procedimento foi correto. Ausência de documentação enfraquece posição da instituição.

A comunicação aos órgãos de controle sobre medidas tomadas demonstra responsabilização. Se auditoria apontou falha de determinado funcionário e medida disciplinar foi aplicada, comunicar ao órgão que houve responsabilização. Demonstra que apontamentos são levados a sério e geram consequências.

A conformidade permanente com órgãos de controle não é fardo mas característica de gestão profissional. Unidade bem gerida naturalmente opera em conformidade porque controles internos robustos alinham execução com normas. Conformidade deixa de ser esforço adicional para se tornar consequência natural de processos bem estruturados.

O compromisso com legalidade protege gestores contra responsabilizações futuras. Dirigente que opera dentro da lei tem defesa sólida. Mesmo que decisão não tenha resultado perfeito, se foi legal e fundamentada, não há culpa. Legalidade é escudo contra perseguição.

O compromisso com transparência constrói reputação ao longo do tempo. Primeira auditoria pode encontrar problemas pois processo de maturação da gestão leva tempo. Auditorias subsequentes que encontram situação melhor demonstram evolução. Histórico de melhoria contínua impressiona favoravelmente.

A boa gestão dos recursos públicos é demonstrada através de indicadores consistentemente bons. Metas cumpridas repetidamente. Desperdícios reduzidos. Custo por atendimento competitivo. Satisfação de usuários alta. Resultados positivos são melhor defesa contra questionamentos.

A execução responsável do Contrato de Gestão significa cumprir o que foi prometido na proposta. Proposta vencedora estabeleceu compromissos. Prestação de contas demonstra cumprimento. Conformidade com órgãos de controle valida essa demonstração. Círculo virtuoso de compromisso, execução, comprovação.

A mitigação de riscos institucionais protege continuidade operacional. Rescisão de contrato por irregularidades graves afeta não apenas gestores mas população atendida. Minimizar riscos de irregularidades protege serviço público essencial. Responsabilidade social incentiva conformidade.

O fortalecimento da confiança da Administração Pública municipal permite relacionamento de longo prazo. Município que confia em Organização Social renova contratos, amplia escopo, recomenda para outras contratações. Confiança é ativo valioso construído devagar mas destruído rapidamente.

O fortalecimento da confiança da sociedade legitima modelo de gestão. Organizações Sociais às vezes são vistas com desconfiança. Gestão transparente e conforme demonstra que modelo pode funcionar bem. Cada caso de sucesso fortalece modelo. Cada caso de irregularidade enfraquece.

O alinhamento com Edital e Termo de Referência garante que execução corresponde ao contratado. Edital estabeleceu requisitos que proposta atendeu. Execução precisa manter esses padrões. Órgãos de controle verificam essa correspondência. Alinhamento entre prometido e executado é essencial.

Os princípios da Administração Pública permeiam toda atuação. Legalidade garante conformidade com normas. Impessoalidade evita favorecimentos. Moralidade exige ética. Publicidade garante transparência. Eficiência demonstra boa gestão. Princípios não são abstrações mas guias práticos para decisões cotidianas.

Esta sistemática de Conformidade com Órgãos de Controle estabelece as bases para relacionamento profissional, transparente e colaborativo com instâncias de fiscalização. Sua aplicação consistente garantirá que Pronto Atendimento Municipal de Colina e SAMU 192 operem dentro da mais estrita legalidade, que recursos públicos sejam bem aplicados, que problemas sejam identificados e corrigidos rapidamente, e que confiança de todos stakeholders seja mantida e fortalecida ao longo do tempo.

17. Metas, indicadores e resultados esperados

17.1 Metas e indicadores

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA implementará sistema estruturado de acompanhamento do desempenho operacional e assistencial do Pronto Atendimento Municipal e do SAMU 192. O modelo proposto organiza oito indicadores prioritários que serão monitorados mensalmente ou trimestralmente. Cada indicador possui metodologia específica de cálculo, fontes de verificação definidas e rotinas de coleta já testadas em outras unidades geridas pela organização.

INDICADOR 1 - ACOLHIMENTO DO USUÁRIO "POSSO AJUDAR?"

Descrição do Indicador

Este indicador mede a efetividade do acolhimento oferecido aos usuários que chegam ao Pronto Atendimento Municipal. A proposta central é verificar se todos os pacientes recebem orientação inicial adequada por meio da abordagem "Posso Ajudar?", que representa o primeiro contato humanizado do usuário com a unidade.

Conteúdo Avaliado

Será verificado se o usuário foi abordado por profissional da recepção ou triagem no momento de sua chegada. A avaliação considera se houve apresentação do profissional, se o usuário recebeu explicação sobre o fluxo de atendimento e se foi orientado corretamente sobre a classificação de risco. O conteúdo inclui também a cordialidade no atendimento e a clareza das informações prestadas.

Periodicidade da Verificação

A verificação acontecerá mensalmente. Nos cinco primeiros dias úteis de cada mês, a coordenação de enfermagem consolidará os registros de acolhimento realizados no mês anterior. A coleta de dados ocorrerá por meio de observação direta durante plantões aleatórios e por análise dos registros no sistema de gestão.

Meta Estabelecida

A meta é alcançar 100% de acolhimento e orientação aos usuários. Isso significa que todos os pacientes que chegarem à unidade deverão receber abordagem inicial, independentemente da classificação de risco que posteriormente receberão. Não haverá tolerância para índices abaixo de 95%, pois o acolhimento é porta de entrada fundamental do serviço.

Metodologia de Cálculo

O cálculo será realizado pela fórmula: (número de usuários que receberam acolhimento / número total de usuários atendidos no período) x 100. Os dados serão extraídos do livro de registro da recepção e do prontuário eletrônico, onde constará campo específico preenchido pelo profissional que realizou o primeiro contato.

Fonte de Verificação e Evidências

A fonte primária será o relatório de monitoramento assistencial gerado mensalmente pela coordenação de enfermagem. Esse relatório consolidará os registros diários de acolhimento realizados por cada plantão. Como evidência complementar, serão arquivados os formulários de observação direta preenchidos durante supervisões realizadas pela equipe da qualidade.

Sistema de Pontuação

Índice de 100% gerará pontuação máxima de 100 pontos. Desempenho entre 95% e 99% somará 80 pontos. Resultados entre 90% e 94% receberão 60 pontos. Qualquer índice abaixo de 90% resultará em zero pontos e acionará protocolo de correção imediata com reunião extraordinária da coordenação.

Mecanismos de Ajustes e Melhorias

Quando o indicador apresentar resultado insatisfatório, a coordenação de enfermagem realizará reunião com a equipe da recepção e triagem em até 48 horas. Serão identificados os turnos com maior número de falhas. Treinamento específico de 2 horas será aplicado aos profissionais do turno com pior desempenho. Novo monitoramento intensivo ocorrerá nas duas semanas seguintes.

Monitoramento Contínuo

Além da verificação mensal oficial, supervisão semanal acontecerá por meio de observação direta. Um técnico de enfermagem da equipe de qualidade permanecerá na recepção durante 2 horas em dia aleatório da semana. Serão observados no mínimo 20 atendimentos iniciais. Desvios identificados serão comunicados imediatamente à coordenação para correção no mesmo plantão.

INDICADOR 2 - PONTUALIDADE NA ENTREGA DOS RELATÓRIOS MENSAIS

Descrição do Indicador

Este indicador avalia a capacidade da organização social em cumprir prazos estabelecidos para entrega de relatórios de prestação de contas assistenciais e financeiras ao município. A pontualidade demonstra organização

administrativa e compromisso com a transparência na gestão dos recursos públicos.

Conteúdo Avaliado

Serão contabilizados todos os relatórios previstos no contrato de gestão, incluindo relatório assistencial mensal, prestação de contas financeira, demonstrativo de recursos humanos e produção de serviços. O conteúdo avalia se cada documento foi entregue completo, com assinatura dos responsáveis e dentro do prazo de até 15 dias do mês subsequente à execução das atividades.

Periodicidade da Verificação

A verificação ocorre mensalmente. No dia 16 de cada mês, o setor administrativo emitirá relatório de conformidade listando todos os documentos devidos. Esse relatório será confrontado com os protocolos de entrega registrados junto à Secretaria Municipal de Saúde. Divergências serão apuradas e justificadas formalmente.

Meta Estabelecida

A meta é atingir 100% de pontualidade para 100% dos relatórios. Qualquer atraso, mesmo de um único dia em um único documento, compromete o alcance da meta. A exigência é rigorosa porque a prestação de contas integra obrigações contratuais que impactam a regularidade do contrato de gestão.

Metodologia de Cálculo

O cálculo seguirá a fórmula: (número de relatórios entregues no prazo / número total de relatórios programados) x 100. Serão considerados "no prazo" apenas os documentos protocolados até o dia 15 do mês de referência. Protocolos com data posterior serão automaticamente classificados como "atrasados", independentemente do motivo.

Fonte de Verificação e Evidências

A fonte de verificação será o protocolo de recebimento dos relatórios emitido pela Secretaria Municipal. Cada documento entregue gerará comprovante de protocolo com data, hora e assinatura do servidor municipal que recebeu. Cópias digitalizadas desses protocolos comporão a pasta de evidências mensais arquivadas no sistema de gestão documental.

Sistema de Pontuação

Cumprimento de 100% da meta gerará 100 pontos. Entrega de 95% a 99% dos relatórios no prazo resultará em 70 pontos. Percentual entre 90% e 94% somará 50 pontos. Índices abaixo de 90% resultarão em zero pontos e exigirão justificativa formal apresentada à direção técnica da SOLUTION.

Mecanismos de Ajustes e Melhorias

Atrasos serão analisados imediatamente para identificação da causa raiz. Se a falha decorreu de problema sistêmico, será criado checklist de controle quinzenal para acompanhamento da elaboração dos relatórios. O responsável administrativo receberá alerta automático do sistema cinco dias antes do prazo final. Reunião semanal de status garantirá acompanhamento dos documentos em elaboração.

Monitoramento Contínuo

A direção administrativa manterá painel de controle com status de cada relatório. O painel será atualizado diariamente e ficará visível para toda a equipe administrativa. Cores indicarão situação: verde para "em dia", amarelo para "próximo do prazo" e vermelho para "atrasado". Relatórios em amarelo receberão prioridade máxima até finalização e protocolo.

INDICADOR 3 - PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Descrição do Indicador

Este indicador mensura a efetividade do protocolo de classificação de risco aplicado na unidade. A classificação correta garante que pacientes graves recebam atendimento prioritário, enquanto casos de menor gravidade aguardam de forma segura. O indicador reflete a maturidade técnica da equipe de enfermagem.

Conteúdo Avaliado

Será verificado o número de pacientes classificados em cada cor do Protocolo de Manchester (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) em relação ao total de atendimentos de urgência e emergência realizados no mês. O conteúdo considera se a classificação foi realizada por profissional capacitado e se o registro está completo no sistema.

Periodicidade da Verificação

A verificação acontecerá mensalmente. Até o dia 5 de cada mês, o setor de TI extrairá relatório do prontuário eletrônico contendo todos os atendimentos do mês anterior com suas respectivas classificações. O relatório será encaminhado à coordenação de enfermagem para validação técnica dos dados.

Meta Estabelecida

A meta mínima é de 90% dos atendimentos classificados. Esse percentual considera que alguns pacientes podem ser atendidos diretamente em situações específicas, como paradas cardiorrespiratórias na porta da unidade. Percentuais

abaixo de 90% indicam falhas no fluxo de triagem que comprometem a segurança do paciente.

Metodologia de Cálculo

A fórmula aplicada será: (número de pacientes com classificação de risco registrada / número total de atendimentos de urgência e emergência) x 100. Serão excluídos do denominador apenas os atendimentos administrativos, como emissão de atestados ou receitas de retorno. Todos os demais casos devem ter classificação registrada.

Fonte de Verificação e Evidências

A fonte será o relatório baseado nos dados do sistema de prontuário eletrônico. A evidência consistirá em planilha exportada do sistema contendo número de atendimento, data, horário de chegada, cor da classificação aplicada e nome do profissional que realizou a triagem. Esse documento será arquivado em pasta digital específica do indicador.

Sistema de Pontuação

Percentual igual ou superior a 90% gerará 100 pontos. Índice entre 85% e 89% resultará em 80 pontos. Desempenho entre 80% e 84% receberá 60 pontos. Qualquer resultado abaixo de 80% gerará zero pontos e acionará auditoria interna para identificação de falhas sistemáticas no processo de triagem.

Mecanismos de Ajustes e Melhorias

Resultados abaixo da meta acionarão revisão do fluxo de triagem. A coordenação de enfermagem analisará os prontuários sem classificação para identificar padrões. Se a falha estiver concentrada em determinado turno, treinamento específico será aplicado à equipe daquele período. Protocolo de Manchester será reforçado com simulações práticas de casos clínicos.

Monitoramento Contínuo

Supervisão semanal verificará se a classificação está sendo realizada. Um enfermeiro supervisor acompanhará o fluxo durante 4 horas em dia aleatório da semana. Serão observados tempo de espera para triagem, adequação da cor aplicada ao quadro clínico e qualidade do registro no sistema. Desvios serão corrigidos imediatamente com orientação in loco.

INDICADOR 4 - MANUTENÇÃO ATIVA DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

Descrição do Indicador

Este indicador verifica se a unidade mantém em funcionamento regular todas as comissões exigidas pela legislação sanitária e pelos órgãos de classe. As comissões garantem governança técnica, segurança do paciente e conformidade legal. Sua inatividade pode resultar em sanções administrativas e comprometimento da qualidade assistencial.

Conteúdo Avaliado

Serão avaliadas seis comissões: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, Comissão de Revisão de Óbitos, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem e Comissão de Gerenciamento de Resíduos. O conteúdo inclui existência de ato formal de criação, designação de membros, realização de reuniões e registro em atas.

Periodicidade da Verificação

A verificação ocorrerá três vezes ao ano, em ciclos quadrimestrais. As datas de referência serão abril, agosto e dezembro. Em cada período, será elaborado relatório consolidado com a documentação de funcionamento de todas as comissões. A Comissão de Avaliação municipal receberá cópia integral da documentação.

Meta Estabelecida

A meta é de 100% de conformidade. Todas as comissões devem estar ativas, com membros designados, reuniões realizadas conforme periodicidade prevista em regimento e atas devidamente lavradas. Ausência de funcionamento de qualquer uma das comissões resulta em descumprimento total da meta.

Metodologia de Cálculo

Não há cálculo percentual neste indicador. A avaliação será binária: conforme ou não conforme. Para ser considerada "conforme", cada comissão deverá apresentar portaria de designação atualizada, atas das reuniões realizadas no período avaliado e listas de presença assinadas. Ausência de qualquer documento classificará o indicador como "não conforme".

Fonte de Verificação e Evidências

A fonte de verificação será o conjunto de atas das reuniões e as listas de presença elencadas nos documentos comprobatórios. As evidências consistirão em dossiê organizado por comissão contendo: portaria de criação ou renovação, lista nominal dos membros com cargo e formação, calendário anual de reuniões, cópia das atas assinadas e lista de presença de cada reunião.

Sistema de Pontuação

Conformidade total gerará 100 pontos. Ausência de funcionamento de uma comissão resultará em 60 pontos. Duas comissões inativas somarão 30 pontos. Três ou mais comissões sem atividade no período resultarão em zero pontos. O peso deste indicador é elevado devido à sua importância para conformidade legal e sanitária.

Mecanismos de Ajustes e Melhorias

Quando houver risco de inatividade de alguma comissão, a direção técnica designará novo coordenador e convocará reunião extraordinária. Será elaborado calendário de recuperação com datas fixas para as reuniões subsequentes. Membros faltosos serão notificados formalmente. Persistindo a inatividade, haverá substituição de membros por portaria específica.

Monitoramento Contínuo

A secretaria administrativa manterá controle mensal do calendário de reuniões de todas as comissões. Quinze dias antes da data prevista para cada reunião, será enviado lembrete por e-mail aos membros. Após cada reunião, a ata deverá ser encaminhada à secretaria em até cinco dias úteis. Atas não recebidas gerarão cobrança formal ao coordenador da comissão.

INDICADOR 5 - REGULARIDADE NA ALIMENTAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO

Descrição do Indicador

Este indicador avalia se a produção assistencial está sendo lançada diariamente no sistema informatizado de gestão. A alimentação regular garante rastreabilidade dos atendimentos, faturamento correto junto ao SUS e disponibilidade de informações gerenciais em tempo real. Atrasos comprometem a tomada de decisão e a prestação de contas.

Conteúdo Avaliado

Será verificado se todos os atendimentos realizados foram registrados no prontuário eletrônico no mesmo dia de sua ocorrência. O conteúdo inclui dados de identificação do paciente, classificação de risco, procedimentos realizados, medicamentos administrados, exames solicitados e encaminhamentos. Também será avaliada a completude dos campos obrigatórios do sistema.

Periodicidade da Verificação

A verificação acontecerá mensalmente. No primeiro dia útil de cada mês, o setor de tecnologia da informação gerará relatório de auditoria do sistema identificando inconsistências, campos não preenchidos e lançamentos com data

retroativa. O relatório será analisado pela coordenação administrativa para apuração de causas.

Meta Estabelecida

A meta é de 100% de regularidade na alimentação diária. Isso significa que nenhum atendimento pode ficar sem lançamento e todos os registros devem ocorrer no mesmo dia do atendimento. Lançamentos retroativos serão considerados como irregularidade, exceto quando devidamente justificados por falha técnica do sistema.

Metodologia de Cálculo

A metodologia verificará a comprovação de informação em dia. Será analisado se os registros de atendimentos de cada dia foram inseridos no sistema na mesma data. O cálculo considerará: (número de dias do mês com lançamento em dia / número total de dias do mês com funcionamento da unidade) x 100.

Fonte de Verificação e Evidências

A fonte será o relatório mensal dos sistemas de informação gerado pela equipe de TI. A evidência consistirá em documento técnico contendo log de acessos ao sistema, horário de lançamento dos atendimentos, usuários responsáveis pelos registros e eventual identificação de inconsistências. Esse documento será validado pela direção administrativa antes do envio à Comissão de Avaliação.

Sistema de Pontuação

Regularidade de 100% gerará 100 pontos. Conformidade entre 95% e 99% somará 80 pontos. Índice entre 90% e 94% resultará em 60 pontos. Percentual abaixo de 90% gerará zero pontos e demandará auditoria para identificar se a falha é de origem técnica, operacional ou de capacitação da equipe.

Mecanismos de Ajustes e Melhorias

Falhas recorrentes serão investigadas por equipe multidisciplinar envolvendo TI, coordenação administrativa e coordenação assistencial. Se o problema for de infraestrutura tecnológica, haverá upgrade dos equipamentos. Se decorrer de sobrecarga de trabalho, será reavaliada a escala de profissionais. Se for por desconhecimento do sistema, treinamento específico será aplicado.

Monitoramento Contínuo

Dashboard em tempo real ficará disponível para coordenações acompanharem o status de lançamento diário. Ao final de cada plantão, o coordenador verificará se todos os atendimentos foram registrados. Pendências

serão resolvidas antes da troca de turno. Profissionais com atrasos recorrentes receberão notificação formal e reciclagem no uso do sistema.

INDICADOR 6 - ANÁLISE DAS RECLAMAÇÕES E PROVIDÊNCIAS ADOTADAS

Descrição do Indicador

Este indicador mede a capacidade da gestão em analisar reclamações recebidas pela ouvidoria e adotar providências corretivas. A resposta adequada às manifestações dos usuários demonstra compromisso com a melhoria contínua e com a humanização do atendimento. Reclamações não tratadas podem evoluir para conflitos maiores.

Conteúdo Avaliado

Serão avaliadas todas as reclamações registradas formalmente na ouvidoria durante o mês. O conteúdo inclui análise da natureza da reclamação, apuração dos fatos, identificação de responsabilidades, definição de providências corretivas e resposta ao reclamante. Também será verificado se houve implementação efetiva das medidas propostas.

Periodicidade da Verificação

A verificação ocorrerá mensalmente. Até o dia 10 de cada mês, a ouvidoria consolidará relatório com todas as manifestações recebidas no mês anterior. Cada reclamação será classificada quanto à procedência, gravidade e providências adotadas. O relatório será submetido à direção técnica e posteriormente encaminhado à Comissão de Avaliação municipal.

Meta Estabelecida

A meta é apresentar justificativas e providências de todas as reclamações recebidas no período. Não há tolerância para reclamações sem análise ou sem resposta ao usuário. Mesmo reclamações consideradas improcedentes devem ter justificativa fundamentada e resposta formal ao reclamante.

Metodologia de Cálculo

A metodologia avaliará a entrega de relatório comentado das reclamações recebidas com as providências adotadas. Será considerado: (número de reclamações com análise completa e resposta ao usuário / número total de reclamações recebidas) x 100. Análise completa inclui apuração, definição de providência e comprovação de resposta.

Fonte de Verificação e Evidências

A fonte será o relatório da ouvidoria com os dados do Sistema de Atendimento ao Usuário. As evidências incluirão: protocolo de cada reclamação, descrição do fato relatado, resultado da apuração interna, providências determinadas, comprovante de resposta ao usuário e registro de implementação das medidas corretivas quando aplicável.

Sistema de Pontuação

Análise de 100% das reclamações gerará 100 pontos. Tratamento de 90% a 99% resultará em 70 pontos. Entre 80% e 89% somará 50 pontos. Percentual abaixo de 80% gerará zero pontos. Reclamações graves sem resposta terão peso dobrado na penalização, podendo zerar o indicador mesmo com outras respondidas.

Mecanismos de Ajustes e Melhorias

Reclamações recorrentes sobre o mesmo tema acionarão plano de ação corretiva estruturado. A direção técnica reunirá os setores envolvidos para análise de causa raiz. Serão definidas ações preventivas para evitar reincidência. Treinamento específico será aplicado quando a causa estiver relacionada a comportamento ou desconhecimento de protocolo.

Monitoramento Contínuo

Reunião mensal de análise crítica das reclamações acontecerá com presença da direção, coordenações e representante da ouvidoria. Serão apresentados os casos do mês, as providências adotadas e o status de implementação das melhorias. Indicadores de reincidência serão acompanhados para avaliar efetividade das ações corretivas.

INDICADOR 7 - ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

Descrição do Indicador

Este indicador verifica se a unidade mantém o cadastro no CNES permanentemente atualizado. O CNES é base de dados oficial do Ministério da Saúde e sua desatualização compromete o faturamento dos procedimentos, a integração com a rede assistencial e a conformidade legal do estabelecimento.

Conteúdo Avaliado

Será avaliado se todas as alterações, inclusões e exclusões de profissionais foram registradas no CNES dentro do mês de referência. O conteúdo inclui cadastro de novos profissionais admitidos, atualização de carga horária, exclusão de profissionais desligados e correção de inconsistências

identificadas pelo sistema. Também será verificada a conformidade da ficha de escalas com a realidade operacional.

Periodicidade da Verificação

A verificação acontecerá mensalmente. Até o dia 5 de cada mês, o responsável administrativo emitirá relatório de profissionais em atividade e confrontará com a escala registrada no CNES. Divergências serão corrigidas imediatamente. Até o dia 10, será gerado print do sistema CNES comprovando a atualização do mês anterior.

Meta Estabelecida

A meta é de 100% de conformidade mensal. Isso significa que ao final de cada mês, o cadastro no CNES deve refletir exatamente a equipe em atividade na unidade. Profissionais ausentes no CNES ou profissionais cadastrados que já foram desligados caracterizam descumprimento da meta.

Metodologia de Cálculo

A metodologia verificará o número de escala geral do serviço (ficha dos profissionais no CNES) no mesmo período. O cálculo considerará a conferência entre: escala de trabalho real x cadastro no CNES. A conformidade será binária: conforme (quando 100% dos profissionais ativos estão cadastrados corretamente) ou não conforme (quando há qualquer divergência).

Fonte de Verificação e Evidências

A fonte será o relatório de profissionais em atividade fornecido pela organização social e o registro no site do CNES. As evidências consistirão em: planilha de profissionais ativos com nome completo, conselho profissional, CBO e carga horária; print da tela do CNES mostrando a escala cadastrada; protocolo de atualização quando houver alterações no período.

Sistema de Pontuação

Conformidade total gerará 100 pontos. Divergência de até dois profissionais resultará em 70 pontos. Divergência de três a cinco profissionais somará 40 pontos. Mais de cinco profissionais com cadastro incorreto ou unidade com mais de 30 dias sem atualização gerarão zero pontos.

Mecanismos de Ajustes e Melhorias

Divergências identificadas serão corrigidas em até 48 horas. O setor administrativo manterá checklist semanal de controle do CNES. Admissões serão cadastradas no dia seguinte à efetivação do contrato de trabalho. Desligamentos serão processados no dia útil seguinte ao último dia trabalhado. Alterações de carga horária serão atualizadas no prazo máximo de cinco dias úteis.

Monitoramento Contínuo

Controle semanal verificará pendências de atualização. Toda segunda-feira, o responsável administrativo acessará o CNES e confrontará com a escala vigente. Pendências serão processadas no mesmo dia. Relatório mensal com histórico de atualizações será mantido em arquivo digital para consulta de auditoria externa ou fiscalização do município.

INDICADOR 8 - ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS NAS EQUIPES

Descrição do Indicador

Este indicador mensura a estabilidade da equipe assistencial. Alta rotatividade compromete a continuidade do cuidado, sobrecarrega profissionais remanescentes, gera custos com processos seletivos e treinamentos e pode indicar problemas de gestão de pessoas ou condições inadequadas de trabalho.

Conteúdo Avaliado

Será calculado o índice de rotatividade considerando admissões e desligamentos em relação ao quadro médio de profissionais do período. O conteúdo inclui análise por categoria profissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem) e motivo do desligamento (voluntário, término de contrato, justa causa). Também será avaliado o tempo médio de permanência dos profissionais desligados.

Periodicidade da Verificação

A verificação ocorrerá três vezes ao ano, em ciclos quadrimestrais. As apurações acontecerão em abril (período janeiro a abril), agosto (período maio a agosto) e dezembro (período setembro a dezembro). O relatório será elaborado pelo setor de recursos humanos e validado pela direção administrativa.

Meta Estabelecida

A meta é manter a rotatividade em no máximo 15% ao período avaliado. Esse percentual é considerado aceitável para serviços de urgência e emergência, que naturalmente apresentam maior desgaste profissional. Percentuais acima de 15% indicam necessidade de intervenção na política de gestão de pessoas.

Metodologia de Cálculo

A fórmula aplicada será: $[(\text{número de profissionais substituídos} + \text{número de profissionais desligados}) / 2] / \text{número total de profissionais ativos no período} \times 100$. Serão considerados no cálculo todos os vínculos de trabalho, incluindo

contratos temporários. Profissionais com afastamento superior a 60 dias não serão contabilizados como ativos no período.

Fonte de Verificação e Evidências

A fonte será o relatório enviado pela organização social contendo registro de ponto e movimentações de pessoal. As evidências incluirão: planilha com data de admissão e desligamento de cada profissional, motivo do desligamento, tempo de casa, categoria profissional, setor de atuação e cálculo detalhado do índice de rotatividade do período.

Sistema de Pontuação

Rotatividade até 10% gerará 100 pontos. Índice entre 10,1% e 15% somará 80 pontos. Percentual entre 15,1% e 20% resultará em 50 pontos. Rotatividade acima de 20% gerará zero pontos e exigirá apresentação de plano de ação para redução do índice no próximo período avaliado.

Mecanismos de Ajustes e Melhorias

Rotatividade acima da meta acionará pesquisa de clima organizacional. Entrevistas de desligamento serão obrigatórias para todos os profissionais que saírem voluntariamente. As respostas serão consolidadas em relatório trimestral identificando causas recorrentes. A direção implementará ações corretivas como revisão salarial, melhoria de escalas, programas de reconhecimento ou adequação de estrutura física.

Monitoramento Contínuo

Acompanhamento mensal informal permitirá identificação precoce de tendência de aumento de rotatividade. O setor de RH manterá dashboard com movimentação de pessoal atualizado semanalmente. Setores com mais de três desligamentos no mês receberão visita da direção para avaliação de clima e condições de trabalho. Ações preventivas serão implementadas antes do fechamento do período quadrimestral.

CONSOLIDAÇÃO E SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DOS INDICADORES

Todos os oito indicadores serão consolidados mensalmente em painel único de gestão. A direção técnica receberá relatório executivo com status de cada indicador, comparação com o mês anterior e projeção de alcance das metas anuais. Indicadores em situação crítica receberão destaque visual e acompanhamento diferenciado.

A pontuação geral do período será calculada pela média aritmética dos pontos obtidos em cada indicador. Unidades com pontuação geral acima de 90

pontos serão classificadas como "desempenho adequado". Entre 80 e 89 pontos, a classificação será "atenção necessária". Abaixo de 80 pontos, entrará em "regime de ajustes intensivos" com reuniões semanais de monitoramento.

Reuniões mensais de análise crítica congregarão direção, coordenações e analista de qualidade. Serão discutidos os resultados do período, identificadas causas de desvios e aprovados planos de ação corretiva. Atas dessas reuniões comporão documentação enviada à Comissão de Avaliação municipal, demonstrando governança ativa sobre o desempenho da unidade.

O sistema informatizado de gestão centralizará todas as evidências em pastas digitais organizadas por indicador e período de referência. Backup semanal garantirá preservação dos documentos. A Comissão de Avaliação e a auditoria municipal terão acesso remoto ao sistema mediante credencial específica, permitindo consulta a qualquer tempo sem necessidade de solicitação formal prévia.

17.2 Resultados Esperados para o Município

A adoção do modelo de gestão proposto pela SOLUTION GESTÃO PÚBLICA, fundamentado em metas quantitativas e qualitativas objetivamente mensuráveis, indicadores assistenciais, operacionais, administrativos e mecanismos permanentes de monitoramento, proporcionará ao Município de Colina um conjunto amplo, estruturado e sustentável de resultados, diretamente relacionados à melhoria da qualidade da assistência, à segurança do paciente, à eficiência da gestão pública e à proteção do interesse coletivo.

Os resultados esperados transcendem o simples cumprimento contratual, configurando-se como ganhos institucionais permanentes para a Secretaria Municipal de Saúde, para os órgãos de controle e, principalmente, para a população usuária do Sistema Único de Saúde.

17.2.1 Garantia da continuidade, regularidade e previsibilidade dos serviços públicos essenciais

A implementação de metas rigorosas de cobertura integral de escala médica, de enfermagem e de demais profissionais, associada à exigência de inexistência de plantões descobertos e à alta disponibilidade operacional do SAMU 192, assegura ao Município a continuidade ininterrupta dos serviços de urgência e emergência.

Como resultado, o Município passa a contar com um serviço público:

- Regular, estável e previsível;

- Livre de interrupções assistenciais por falhas de gestão;
- Capaz de responder adequadamente à demanda espontânea e às situações críticas.

Esse resultado reduz significativamente riscos de desassistência, responsabilização administrativa e judicial, além de fortalecer o cumprimento do dever constitucional do Estado de garantir acesso universal e contínuo à saúde.

17.2.2 Ampliação do acesso qualificado e redução de gargalos assistenciais

O cumprimento das metas relacionadas ao tempo de espera para classificação de risco, tempo de espera para atendimento médico e tempo máximo de permanência em observação resulta em melhoria concreta do acesso da população aos serviços de urgência e emergência.

Para o Município, os resultados esperados incluem:

- Atendimento mais ágil e organizado;
- Redução de filas internas e superlotação;
- Melhoria do fluxo assistencial;
- Uso mais racional da estrutura física e dos recursos humanos.

Esse conjunto de resultados contribui diretamente para maior resolutividade clínica, menor desgaste das equipes e melhor experiência do usuário no acesso ao SUS municipal.

17.2.3 Elevação consistente da segurança do paciente e da qualidade técnica da assistência

A adesão sistemática aos protocolos assistenciais, aliada à auditoria periódica de prontuários, à notificação integral de eventos adversos e à investigação obrigatória de eventos graves, consolida um modelo de atenção baseado em evidências, padronização técnica e cultura de segurança.

O Município passa a obter como resultados:

- Redução de variabilidade clínica indesejada;
- Identificação precoce de falhas de processo;
- Mitigação de riscos assistenciais evitáveis;
- Fortalecimento da segurança do paciente como eixo estruturante da gestão.

Esses resultados são especialmente relevantes em ambientes de urgência e emergência, nos quais decisões rápidas e padronizadas impactam diretamente a morbimortalidade dos usuários.

17.2.4 Fortalecimento da integração da Rede de Atenção às Urgências

A formalização integral dos encaminhamentos regulados e o monitoramento rigoroso dos tempos-resposta do SAMU 192 contribuem para maior integração entre a UPA, o serviço móvel de urgência e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Como resultado, o Município alcança:

- Melhor articulação entre atenção pré-hospitalar e hospitalar;
- Redução de atrasos e falhas no processo de regulação;
- Otimização do uso de leitos e serviços de referência;
- Maior eficiência no manejo de casos de maior complexidade.

Esse fortalecimento da rede reduz retrabalho, melhora desfechos clínicos e amplia a capacidade de resposta do sistema municipal de saúde.

17.2.5 Maior eficiência administrativa, orçamentária e financeira

O cumprimento das metas de execução orçamentária controlada, prestação de contas tempestiva, conformidade documental e regularidade fiscal e trabalhista garante ao Município elevado nível de governança financeira e administrativa.

Os resultados esperados incluem:

- Previsibilidade na execução do orçamento da saúde;
- Redução de desperdícios e desvios;
- Segurança na aplicação dos recursos públicos;
- Facilidade de fiscalização e auditoria pelos órgãos competentes.

Esse modelo fortalece a economicidade da gestão pública, assegurando que os recursos investidos retornem à população em forma de serviços efetivos e de qualidade.

17.2.6 Transparência institucional e controle efetivo do Contrato de Gestão

A entrega mensal de relatórios consolidados, contendo indicadores, metas, resultados, percentuais de atingimento, justificativas e planos de ação corretiva, permite à Secretaria Municipal de Saúde exercer controle técnico, contínuo e fundamentado sobre a execução do contrato.

Como resultado, o Município dispõe de:

- Transparência plena da gestão contratual;
- Instrumentos objetivos para tomada de decisão;
- Capacidade de intervenção rápida diante de desvios;
- Base documental sólida para prestação de contas.

Esse resultado protege a Administração Pública, reforça a governança e qualifica o relacionamento institucional entre Município e Organização Social.

17.2.7 Melhoria da satisfação do usuário e fortalecimento da imagem institucional do SUS municipal

A aplicação sistemática da pesquisa de satisfação, aliada à resposta tempestiva às manifestações e à implementação contínua de ações corretivas, promove melhoria progressiva da experiência do usuário nos serviços de urgência e emergência.

Os resultados esperados para o Município incluem:

- Elevação dos índices de satisfação da população;
- Redução de reclamações procedentes recorrentes;
- Diminuição de conflitos e judicializações;
- Fortalecimento da confiança da população no SUS local.

Esse resultado contribui para a legitimação social da política pública de saúde e para a valorização da gestão municipal.

17.2.8 Estabilidade da força de trabalho e valorização dos profissionais de saúde

As metas relacionadas à educação permanente, avaliação de desempenho, reuniões multiprofissionais e monitoramento de afastamentos por adoecimento ocupacional promovem ambiente de trabalho mais saudável, organizado e sustentável.

Como resultado, o Município se beneficia de:

- Equipes mais qualificadas e atualizadas;
- Redução do absenteísmo e da rotatividade;
- Maior comprometimento dos profissionais;
- Continuidade do cuidado prestado aos usuários.

Esse resultado impacta diretamente a qualidade assistencial e a eficiência do serviço público.

17.2.9 Consolidação da governança, compliance e gestão de riscos

A atuação sistemática das comissões internas, a revisão periódica do mapa de riscos e o tratamento integral das não conformidades consolidam modelo de gestão orientado por governança, integridade e melhoria contínua.

O Município alcança como resultados:

- Redução de riscos assistenciais, operacionais e jurídicos;
- Maior maturidade institucional da gestão da saúde;
- Preparação adequada para auditorias e fiscalizações;
- Sustentabilidade do contrato ao longo de sua vigência.

17.2.10 Proteção do interesse público e fortalecimento da capacidade gestora municipal

De forma integrada, o sistema de metas e indicadores assegura que o Município de Colina obtenha serviços de urgência e emergência eficientes, seguros, transparentes e orientados por resultados, com clara vinculação entre recursos investidos e benefícios entregues à população.

O resultado final esperado é o fortalecimento da capacidade gestora municipal, com:

- Gestão baseada em evidências;
- Correção ágil de desvios;
- Redução de riscos institucionais;
- Cumprimento dos princípios da legalidade, eficiência, continuidade, transparência e supremacia do interesse público.

18. Proposta financeira

18.1 Quadro de RH CLT



PROFISSIONAIS	ÁREA/LOCAL	QTDE	CARGA HORARIA SEMANAL	SALARIO BASE	INSALUBRIDA DE INDIVIDUAL	ADC Not	REMUNERAÇÃO INDIVIDUAL	GRATIFICAÇÃO
ENFERMEIRO DIURNO	PAM COLINA	4	12X36	R\$3.886,36	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 4.210,56	R\$ 0,00
ENFERMEIRO NOTURNO	PAM COLINA	4	12X36 - noite	R\$3.886,36	R\$ 324,20	R\$ 494,20	R\$ 4.704,76	R\$ 0,00
ENFERMEIRO FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$3.886,36	R\$ 324,20	R\$ 247,10	R\$ 4.457,66	R\$ 0,00
TEC. ENFERMAGEM DIURNO	PAM COLINA	8	12X36	R\$2.720,45	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 3.044,65	R\$ 0,00
TEC. ENFERMAGEM NOTURNO	PAM COLINA	8	12X36 - noite	R\$2.720,45	R\$ 324,20	R\$ 345,80	R\$ 3.390,45	R\$ 0,00
TEC. ENFERMAGEM FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$2.720,45	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 3.044,65	R\$ 0,00
RECEPÇÃO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00
RECEPÇÃO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 222,60	R\$ 2.300,80	R\$ 0,00
RECEPÇÃO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 111,30	R\$ 2.189,50	R\$ 0,00
CONT. DE ACESSO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00
CONT. DE ACESSO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 222,60	R\$ 2.300,80	R\$ 0,00
CONT. DE ACESSO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 111,30	R\$ 2.189,50	R\$ 0,00
APOIO OPERACIONAL DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00
APOIO OPERACIONAL NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 222,60	R\$ 2.300,80	R\$ 0,00
APOIO OPERACIONAL FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 111,30	R\$ 2.189,50	R\$ 0,00
FARMACEUTICO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$3.166,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 3.490,20	R\$ 0,00
FARMACEUTICO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$3.166,00	R\$ 324,20	R\$ 403,20	R\$ 3.893,40	R\$ 0,00
FARMACEUTI FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$3.166,00	R\$ 324,20	R\$ 201,60	R\$ 3.691,80	R\$ 0,00
Coordenador de Enfermagem (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$4.250,40	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 4.574,60	R\$ 1.000,00
Coordenador Farmacia (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$4.250,40	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 4.574,60	R\$ 1.000,00
Encarregado Higiene/Limpeza	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.950,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.274,20	R\$ 500,00
Enfermeiro Educ. Permanente	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$4.250,40	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 4.574,60	R\$ 0,00
Lider da Recepção	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.950,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.274,20	R\$ 500,00
Controlador de Fluxo	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00
Aux Suporte de T.I.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00
AUX. ADMINISTRATIVO	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00
AUXILIAR DE R.H.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00
TOTAL		57		R\$ 153.638,90	R\$ 18.479,40	R\$ 7.914,90	R\$ 180.033,20	R\$ 3.000,00

PROFISSIONAIS	ÁREA/LOCAL	QTDE	CARGA HORARIA SEMANAL	VA
ENFERMEIRO DIUNO	PAM COLINA	4	12X36	R\$ 200,00
ENFERMEIRO NOTURNO	PAM COLINA	4	12X36 - noite	R\$ 200,00
ENFERMEIRO FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$ 200,00
TEC. ENFERMAGEM DIUNO	PAM COLINA	8	12X36	R\$ 200,00
TEC. ENFERMAGEM NOTURNO	PAM COLINA	8	12X36 - noite	R\$ 200,00
TEC. ENFERMAGEM FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$ 200,00
RECEPÇÃO DIUNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 200,00
RECEPÇÃO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 200,00
RECEPÇÃO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 200,00
CONT. DE ACESSO DIUNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 200,00
CONT. DE ACESSO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 200,00
CONT. DE ACESSO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 200,00
APOIO OPERACIONAL DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 200,00
APOIO OPERACIONAL NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 200,00
APOIO OPERACIONAL FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 200,00
FARMACEUTICO DIUNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 200,00
FARMACEUTICO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 200,00
FARMACEUTI FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 200,00
Coordenador de Enfermagem (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 200,00
Coordenador Farmacia (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 200,00
Encarregado Higiene/Limpeza	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 200,00
Enfermeiro Educ. Permanente	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 200,00
Lider da Recepção	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 200,00
Controlador de Fluxo	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 200,00
Aux Suporte de T.I.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 200,00
AUX. ADMINISTRATIVO	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 200,00
AUXILIAR DE R.H.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 200,00
TOTAL		57		

ENCARGOS										
PROFISSIONAIS	ÁREA/LOCAL	QTDE	CARGA HORARIA SEMANAL	SALÁRIO – INSS PATRONAL	RAT	Terceiros (Sistema S, INCRA, Salário-Educação)	FGTS	Pis	ENCARGOS IND.	
ENFERMEIRO DIURNO	PAM COLINA	4	12X36	R\$ 842,11	R\$ 126,32	R\$ 244,21	R\$ 336,84	R\$ 42,11	R\$ 1.591,59	
ENFERMEIRO NOTURNO	PAM COLINA	4	12X36 - noite	R\$ 940,95	R\$ 141,14	R\$ 272,88	R\$ 376,38	R\$ 47,05	R\$ 1.778,40	
ENFERMEIRO FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$ 891,53	R\$ 133,73	R\$ 258,54	R\$ 356,61	R\$ 44,58	R\$ 1.685,00	
TEC. ENFERMAGEM DIURNO	PAM COLINA	8	12X36	R\$ 608,93	R\$ 91,34	R\$ 176,59	R\$ 243,57	R\$ 30,45	R\$ 1.150,88	
TEC. ENFERMAGEM NOTURNO	PAM COLINA	8	12X36 - noite	R\$ 678,09	R\$ 101,71	R\$ 196,65	R\$ 271,24	R\$ 33,90	R\$ 1.281,59	
TEC. ENFERMAGEM FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$ 608,93	R\$ 91,34	R\$ 176,59	R\$ 243,57	R\$ 30,45	R\$ 1.150,88	
RECEPÇÃO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 415,64	R\$ 62,35	R\$ 120,54	R\$ 166,26	R\$ 20,78	R\$ 785,56	
RECEPÇÃO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 460,16	R\$ 69,02	R\$ 133,45	R\$ 184,06	R\$ 23,01	R\$ 869,70	
RECEPÇÃO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 437,90	R\$ 65,69	R\$ 126,99	R\$ 175,16	R\$ 21,90	R\$ 827,63	
CONT. DE ACESSO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 415,64	R\$ 62,35	R\$ 120,54	R\$ 166,26	R\$ 20,78	R\$ 785,56	
CONT. DE ACESSO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 460,16	R\$ 69,02	R\$ 133,45	R\$ 184,06	R\$ 23,01	R\$ 869,70	
CONT. DE ACESSO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 437,90	R\$ 65,69	R\$ 126,99	R\$ 175,16	R\$ 21,90	R\$ 827,63	
APOIO OPERACIONAL DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 415,64	R\$ 62,35	R\$ 120,54	R\$ 166,26	R\$ 20,78	R\$ 785,56	
APOIO OPERACIONAL NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 460,16	R\$ 69,02	R\$ 133,45	R\$ 184,06	R\$ 23,01	R\$ 869,70	
APOIO OPERACIONAL FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 437,90	R\$ 65,69	R\$ 126,99	R\$ 175,16	R\$ 21,90	R\$ 827,63	
FARMACEUTICO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 698,04	R\$ 104,71	R\$ 202,43	R\$ 279,22	R\$ 34,90	R\$ 1.319,30	
FARMACEUTICO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 778,68	R\$ 116,80	R\$ 225,82	R\$ 311,47	R\$ 38,93	R\$ 1.471,71	
FARMACEUTI FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 738,36	R\$ 110,75	R\$ 214,12	R\$ 295,34	R\$ 36,92	R\$ 1.395,50	
Coordenador de Enfermagem (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 1.114,92	R\$ 167,24	R\$ 323,33	R\$ 445,97	R\$ 55,75	R\$ 2.107,20	
Coordenador Farmacia (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 1.114,92	R\$ 167,24	R\$ 323,33	R\$ 445,97	R\$ 55,75	R\$ 2.107,20	
Encarregado Higiene/Limpeza	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 554,84	R\$ 83,23	R\$ 160,90	R\$ 221,94	R\$ 27,74	R\$ 1.048,65	
Enfermeiro Educ. Permanente	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 914,92	R\$ 137,24	R\$ 265,33	R\$ 365,97	R\$ 45,75	R\$ 1.729,20	
Lider da Recepção	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 554,84	R\$ 83,23	R\$ 160,90	R\$ 221,94	R\$ 27,74	R\$ 1.048,65	
Controlador de Fluxo	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 415,64	R\$ 62,35	R\$ 120,54	R\$ 166,26	R\$ 20,78	R\$ 785,56	
Aux Suporte de T. I.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 415,64	R\$ 62,35	R\$ 120,54	R\$ 166,26	R\$ 20,78	R\$ 785,56	
AUX. ADMINISTRATIVO	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 415,64	R\$ 62,35	R\$ 120,54	R\$ 166,26	R\$ 20,78	R\$ 785,56	
AUXILIAR DE R. H.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 415,64	R\$ 62,35	R\$ 120,54	R\$ 166,26	R\$ 20,78	R\$ 785,56	
TOTAL		57		R\$ 36.606,64	R\$ 5.491,00	R\$ 10.615,93	R\$ 14.642,66	R\$ 1.830,33	R\$ 69.186,55	

IMPOSTOS DO 13º						
PROFISSIONAIS	ÁREA/LOCAL	QTDE	CARGA HORARIA SEMANAL	13º Salário	13º SALÁRIO – INSS PATRONAL	13º SALÁRIO – FGTS
ENFERMEIRO DIURNO	PAM COLINA	4	12X36	R\$ 350,74	R\$ 101,05	R\$ 28,21
ENFERMEIRO NOTURNO	PAM COLINA	4	12X36 - noite	R\$ 391,91	R\$ 112,91	R\$ 31,52
ENFERMEIRO FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$ 371,32	R\$ 106,98	R\$ 29,87
TEC. ENFERMAGEM DIURNO	PAM COLINA	8	12X36	R\$ 253,62	R\$ 73,07	R\$ 20,40
TEC. ENFERMAGEM NOTURNO	PAM COLINA	8	12X36 - noite	R\$ 282,42	R\$ 81,37	R\$ 22,72
TEC. ENFERMAGEM FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$ 253,62	R\$ 73,07	R\$ 20,40
RECEPÇÃO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 173,11	R\$ 49,88	R\$ 13,92
RECEPÇÃO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 191,66	R\$ 55,22	R\$ 15,42
RECEPÇÃO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 182,39	R\$ 52,55	R\$ 14,67
CONT. DE ACESSO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 173,11	R\$ 49,88	R\$ 13,92
CONT. DE ACESSO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 191,66	R\$ 55,22	R\$ 15,42
CONT. DE ACESSO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 182,39	R\$ 52,55	R\$ 14,67
APOIO OPERACIONAL DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 173,11	R\$ 49,88	R\$ 13,92
APOIO OPERACIONAL NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 191,66	R\$ 55,22	R\$ 15,42
APOIO OPERACIONAL FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 182,39	R\$ 52,55	R\$ 14,67
FARMACEUTICO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 290,73	R\$ 83,76	R\$ 23,38
FARMACEUTICO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 324,32	R\$ 93,44	R\$ 26,09
FARMACEUTI FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 307,53	R\$ 88,60	R\$ 24,74
Coordenador de Enfermagem (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 464,36	R\$ 133,79	R\$ 37,35
Coordenador Farmacia (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 464,36	R\$ 133,79	R\$ 37,35
Encarregado Higiene/Limpeza	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 231,09	R\$ 66,58	R\$ 18,59
Enfermeiro Educ. Permanente	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 381,06	R\$ 109,79	R\$ 30,65
Lider da Recepção	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 231,09	R\$ 66,58	R\$ 18,59
Controlador de Fluxo	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 49,88	R\$ 13,92
Aux Suporte de T. I.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 49,88	R\$ 13,92
AUX. ADMINISTRATIVO	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 49,88	R\$ 13,92
AUXILIAR DE R.H.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 49,88	R\$ 13,92
TOTAL		57		R\$ 15.246,67	R\$ 4.392,80	R\$ 1.226,32

PROFISSIONAIS	ÁREA/LOCAL	QTDE	CARGA HORARIA SEMANAL	IMPOSTOS DE FÉRIAS	
				FÉRIAS	1/3 de férias (provisão)
ENFERMEIRO DIURNO	PAM COLINA	4	12X36	R\$ 350,74	R\$ 117,05
ENFERMEIRO NOTURNO	PAM COLINA	4	12X36 - noite	R\$ 391,91	R\$ 130,79
ENFERMEIRO FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$ 371,32	R\$ 123,92
TEC. ENFERMAGEM DIURNO	PAM COLINA	8	12X36	R\$ 253,62	R\$ 84,64
TEC. ENFERMAGEM NOTURNO	PAM COLINA	8	12X36 - noite	R\$ 282,42	R\$ 94,25
TEC. ENFERMAGEM FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$ 253,62	R\$ 84,64
RECEPÇÃO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 173,11	R\$ 57,77
RECEPÇÃO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 191,66	R\$ 63,96
RECEPÇÃO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 182,39	R\$ 60,87
CONT. DE ACESSO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 173,11	R\$ 57,77
CONT. DE ACESSO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 191,66	R\$ 63,96
CONT. DE ACESSO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 182,39	R\$ 60,87
APOIO OPERACIONAL DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 173,11	R\$ 57,77
APOIO OPERACIONAL NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 191,66	R\$ 63,96
APOIO OPERACIONAL FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 182,39	R\$ 60,87
FARMACEUTICO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 290,73	R\$ 97,03
FARMACEUTICO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 324,32	R\$ 108,24
FARMACEUTI FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 307,53	R\$ 102,63
Coordenador de Enfermagem (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 464,36	R\$ 154,97
Coordenador Farmacia (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 464,36	R\$ 154,97
Encarregado Higiene/Limpeza	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 231,09	R\$ 77,12
Enfermeiro Educ. Permanente	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 381,06	R\$ 127,17
Lider da Recepção	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 231,09	R\$ 77,12
Controlador de Fluxo	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 57,77
Aux Suporte de T.I.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 57,77
AUX. ADMINISTRATIVO	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 57,77
AUXILIAR DE R.H.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 57,77
TOTAL		57		R\$ 15.246,67	R\$ 5.088,32

				RESCISÃO			
PROFISSIONAIS	ÁREA/LOCAL	QTDE	CARGA HORARIA SEMANAL	Aviso prévio (provisão)	MULTA FGTS (40%)	13º sem aviso prévio	Férias + 1/3 s/ aviso prévio
				R\$ 350,74	R\$ 175,58	R\$ 29,05	R\$ 39,16
ENFERMEIRO DIURNO	PAM COLINA	4	12X36	R\$ 391,91	R\$ 196,19	R\$ 32,46	R\$ 43,75
ENFERMEIRO NOTURNO	PAM COLINA	4	12X36 - noite	R\$ 371,32	R\$ 185,88	R\$ 30,76	R\$ 41,46
ENFERMEIRO FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$ 253,62	R\$ 126,96	R\$ 21,01	R\$ 28,32
TEC. ENFERMAGEM DIURNO	PAM COLINA	8	12X36	R\$ 282,42	R\$ 141,38	R\$ 23,39	R\$ 31,53
TEC. ENFERMAGEM NOTURNO	PAM COLINA	8	12X36 - noite	R\$ 253,62	R\$ 126,96	R\$ 21,01	R\$ 28,32
TEC. ENFERMAGEM FOLGUISTA	PAM COLINA	2	FOLGUISTA	R\$ 173,11	R\$ 86,66	R\$ 14,34	R\$ 19,33
RECEPÇÃO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 191,66	R\$ 95,94	R\$ 15,88	R\$ 21,40
RECEPÇÃO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 182,39	R\$ 91,30	R\$ 15,11	R\$ 20,36
RECEPÇÃO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 173,11	R\$ 86,66	R\$ 14,34	R\$ 19,33
CONT. DE ACESSO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 191,66	R\$ 95,94	R\$ 15,88	R\$ 21,40
CONT. DE ACESSO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 182,39	R\$ 91,30	R\$ 15,11	R\$ 20,36
CONT. DE ACESSO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 173,11	R\$ 86,66	R\$ 14,34	R\$ 19,33
APOIO OPERACIONAL DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 191,66	R\$ 95,94	R\$ 15,88	R\$ 21,40
APOIO OPERACIONAL NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 182,39	R\$ 91,30	R\$ 15,11	R\$ 20,36
APOIO OPERACIONAL FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 290,73	R\$ 145,54	R\$ 24,08	R\$ 32,46
FARMACEUTICO DIURNO	PAM COLINA	2	12X36	R\$ 324,32	R\$ 162,35	R\$ 26,86	R\$ 36,21
FARMACEUTICO NOTURNO	PAM COLINA	2	12X36 - noite	R\$ 307,53	R\$ 153,95	R\$ 25,47	R\$ 34,33
FARMACEUTI FOLGUISTA	PAM COLINA	1	FOLGUISTA	R\$ 464,36	R\$ 232,46	R\$ 38,46	R\$ 51,84
Coordenador de Enfermagem (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 464,36	R\$ 232,46	R\$ 38,46	R\$ 51,84
Coordenador Farmacia (RT)	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 231,09	R\$ 115,68	R\$ 19,14	R\$ 25,80
Encarregado Higiene/Limpeza	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 381,06	R\$ 190,76	R\$ 31,56	R\$ 42,54
Enfermeiro Educ. Permanente	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 231,09	R\$ 115,68	R\$ 19,14	R\$ 25,80
Lider da Recepção	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 86,66	R\$ 14,34	R\$ 19,33
Controlador de Fluxo	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 86,66	R\$ 14,34	R\$ 19,33
Aux Suporte de T.I.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 86,66	R\$ 14,34	R\$ 19,33
AUX. ADMINISTRATIVO	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 86,66	R\$ 14,34	R\$ 19,33
AUXILIAR DE R.H.	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 173,11	R\$ 86,66	R\$ 14,34	R\$ 19,33
TOTAL		57		R\$ 15.246,67	R\$ 7.632,48	R\$ 1.262,93	R\$ 1.702,21



PROFISSIONAIS	ÁREA/LOCAL	QTDE	CARGA HORARIA SEMANAL	SALARIO BASE	INSALUBRIDADE INDIVIDUAL	ADC Not	REMUNERAÇÃO INDIVIDUAL	GRATIFICAÇÃO	BENEFICIOS	ENCARGOS IND.	PROVISORIO MENTO IND.	TOTAL UNITARIO
ENFERMEIRO DIURNO	PAMI COLINA	4	12X36	R\$3.886,36	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 4.210,56	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 1.591,59	R\$ 1.542,33	R\$ 7.544,48
ENFERMEIRO NOTURNO	PAMI COLINA	4	12X36 - noite	R\$3.886,36	R\$ 324,20	R\$ 494,20	R\$ 4.704,76	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 1.778,40	R\$ 1.723,35	R\$ 8.406,51
ENFERMEIRO FOLGUISTA	PAMI COLINA	2	FOLGUISTA	R\$3.886,36	R\$ 324,20	R\$ 247,10	R\$ 4.457,66	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 1.685,00	R\$ 1.632,84	R\$ 7.975,50
TEC. ENFERMAGEM DIURNO	PAMI COLINA	8	12X36	R\$2.720,45	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 3.044,65	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 1.150,88	R\$ 1.115,26	R\$ 5.510,78
TEC. ENFERMAGEM NOTURNO	PAMI COLINA	8	12X36 - noite	R\$2.720,45	R\$ 324,20	R\$ 345,80	R\$ 3.390,45	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 1.281,59	R\$ 1.241,92	R\$ 6.113,96
TEC. ENFERMAGEM FOLGUISTA	PAMI COLINA	2	FOLGUISTA	R\$2.720,45	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 3.044,65	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 1.150,88	R\$ 1.115,26	R\$ 5.510,78
RECEPÇÃO DIURNO	PAMI COLINA	2	12X36	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 3.825,00
RECEPÇÃO NOTURNO	PAMI COLINA	2	12X36 - noite	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 222,60	R\$ 2.300,80	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 869,70	R\$ 842,78	R\$ 4.213,29
RECEPÇÃO FOLGUISTA	PAMI COLINA	1	FOLGUISTA	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 111,30	R\$ 1.89,50	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 827,63	R\$ 802,01	R\$ 4.019,14
CONT. DE ACESSO DIURNO	PAMI COLINA	2	12X36	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 3.825,00
CONT. DE ACESSO NOTURNO	PAMI COLINA	2	12X36 - noite	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 222,60	R\$ 2.300,80	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 869,70	R\$ 842,78	R\$ 4.213,29
CONT. DE ACESSO FOLGUISTA	PAMI COLINA	1	FOLGUISTA	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 111,30	R\$ 1.89,50	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 827,63	R\$ 802,01	R\$ 4.019,14
APOIO OPERACIONAL DIURNO	PAMI COLINA	2	12X36	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 3.825,00
APOIO OPERACIONAL NOTURNO	PAMI COLINA	2	12X36 - noite	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 222,60	R\$ 2.300,80	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 869,70	R\$ 842,78	R\$ 4.213,29
APOIO OPERACIONAL FOLGUISTA	PAMI COLINA	1	FOLGUISTA	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 111,30	R\$ 1.89,50	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 827,63	R\$ 802,01	R\$ 4.019,14
FARMACEUTICO DIURNO	PAMI COLINA	2	12X36	R\$3.166,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 3.490,20	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 1.319,30	R\$ 1.278,46	R\$ 6.287,96
FARMACEUTICO NOTURNO	PAMI COLINA	2	12X36 - noite	R\$3.166,00	R\$ 324,20	R\$ 403,20	R\$ 3.893,40	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 1.471,71	R\$ 1.426,15	R\$ 6.991,26
FARMACEUTI FOLGUISTA	PAMI COLINA	1	FOLGUISTA	R\$3.166,00	R\$ 324,20	R\$ 201,60	R\$ 3.691,80	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 1.395,50	R\$ 1.352,31	R\$ 6.639,61
Coordenador de Enfermagem (RT)	PAMI COLINA	1	40HR. semanais	R\$4.250,40	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 4.574,60	R\$ 1.000,00	R\$ 200,00	R\$ 2.107,20	R\$ 2.041,98	R\$ 9.923,77
Coordenador Farmacia (RT)	PAMI COLINA	1	40HR. semanais	R\$4.250,40	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 4.574,60	R\$ 1.000,00	R\$ 200,00	R\$ 2.107,20	R\$ 2.041,98	R\$ 9.923,77
Encarregado Higiene/Limpeza	PAMI COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.950,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.274,20	R\$ 500,00	R\$ 200,00	R\$ 1.048,65	R\$ 1.016,19	R\$ 5.039,04
Enfermeiro Educ. Permanente	PAMI COLINA	1	40HR. semanais	R\$4.250,40	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 4.574,60	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 1.729,20	R\$ 1.675,68	R\$ 8.179,47
Lider da Recepção	PAMI COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.950,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.274,20	R\$ 500,00	R\$ 200,00	R\$ 1.048,65	R\$ 1.016,19	R\$ 5.039,04
Controlador de Fluxo	PAMI COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 3.825,00
Aux Suporte de T.I.	PAMI COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 3.825,00
AUX. ADMINISTRATIVO	PAMI COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 3.825,00
AUXILIAR DE R.H.	PAMI COLINA	1	40HR. semanais	R\$1.754,00	R\$ 324,20	R\$ 0,00	R\$ 2.078,20	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 3.825,00
TOTAL		57		R\$ 153.638,90	R\$ 18.479,40	R\$ 7.914,90	R\$ 180.033,20	R\$ 3.000,00	R\$ 11.400,00	R\$ 69.186,55	R\$ 67.045,06	R\$ 330.664,81



PROFISSIONAIS	ÁREA/LOCAL	QTDE	TOTAL						
			REMUNERAÇÃO BRUTA	BENEFICIOS	ENCARGOS	PROVISIONAMENTO	GRATIFICAÇÃO	TOTAL GERAL	
ENFERMEIRO DIURNO	PAM COLINA	4	R\$ 16.842,24	R\$ 800,00	R\$ 6.366,37	R\$ 6.169,31	R\$ 0,00	R\$ 30.177,92	
ENFERMEIRO NOTURNO	PAM COLINA	4	R\$ 18.819,04	R\$ 800,00	R\$ 7.113,60	R\$ 6.893,41	R\$ 0,00	R\$ 33.626,05	
ENFERMEIRO FOLGUISTA	PAM COLINA	2	R\$ 8.915,32	R\$ 400,00	R\$ 3.369,99	R\$ 3.265,68	R\$ 0,00	R\$ 15.950,99	
TEC. ENFERMAGEM DIURNO	PAM COLINA	8	R\$ 24.357,20	R\$ 1.600,00	R\$ 9.207,02	R\$ 8.922,04	R\$ 0,00	R\$ 44.086,26	
TEC. ENFERMAGEM NOTURNO	PAM COLINA	8	R\$ 27.123,60	R\$ 1.600,00	R\$ 10.252,72	R\$ 9.935,37	R\$ 0,00	R\$ 48.911,70	
TEC. ENFERMAGEM FOLGUISTA	PAM COLINA	2	R\$ 6.089,30	R\$ 400,00	R\$ 2.301,76	R\$ 2.230,51	R\$ 0,00	R\$ 11.021,57	
RECEPÇÃO DIURNO	PAM COLINA	2	R\$ 4.156,40	R\$ 400,00	R\$ 1.571,12	R\$ 1.522,49	R\$ 0,00	R\$ 7.650,01	
RECEPÇÃO NOTURNO	PAM COLINA	2	R\$ 4.601,60	R\$ 400,00	R\$ 1.739,40	R\$ 1.685,57	R\$ 0,00	R\$ 8.426,57	
RECEPÇÃO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	R\$ 2.189,50	R\$ 200,00	R\$ 827,63	R\$ 802,01	R\$ 0,00	R\$ 4.019,14	
CONT. DE ACESSO DIURNO	PAM COLINA	2	R\$ 4.156,40	R\$ 400,00	R\$ 1.571,12	R\$ 1.522,49	R\$ 0,00	R\$ 7.650,01	
CONT. DE ACESSO NOTURNO	PAM COLINA	2	R\$ 4.601,60	R\$ 400,00	R\$ 1.739,40	R\$ 1.685,57	R\$ 0,00	R\$ 8.426,57	
CONT. DE ACESSO FOLGUISTA	PAM COLINA	1	R\$ 2.189,50	R\$ 200,00	R\$ 827,63	R\$ 802,01	R\$ 0,00	R\$ 4.019,14	
APOIO OPERACIONAL DIURNO	PAM COLINA	2	R\$ 4.156,40	R\$ 400,00	R\$ 1.571,12	R\$ 1.522,49	R\$ 0,00	R\$ 7.650,01	
APOIO OPERACIONAL NOTURNO	PAM COLINA	2	R\$ 4.601,60	R\$ 400,00	R\$ 1.739,40	R\$ 1.685,57	R\$ 0,00	R\$ 8.426,57	
APOIO OPERACIONAL FOLGUISTA	PAM COLINA	1	R\$ 2.189,50	R\$ 200,00	R\$ 827,63	R\$ 802,01	R\$ 0,00	R\$ 4.019,14	
FARMACEUTICO DIURNO	PAM COLINA	2	R\$ 6.980,40	R\$ 400,00	R\$ 2.638,59	R\$ 2.556,92	R\$ 0,00	R\$ 12.575,91	
FARMACEUTICO NOTURNO	PAM COLINA	2	R\$ 7.786,80	R\$ 400,00	R\$ 2.943,41	R\$ 2.852,30	R\$ 0,00	R\$ 13.982,52	
FARMACEUTI FOLGUISTA	PAM COLINA	1	R\$ 3.691,80	R\$ 200,00	R\$ 1.395,50	R\$ 1.352,31	R\$ 0,00	R\$ 6.639,61	
Coordenador de Enfermagem (RT)	PAM COLINA	1	R\$ 4.574,60	R\$ 200,00	R\$ 2.107,20	R\$ 2.041,98	R\$ 1.000,00	R\$ 9.923,77	
Coordenador Farmacia (RT)	PAM COLINA	1	R\$ 4.574,60	R\$ 200,00	R\$ 2.107,20	R\$ 2.041,98	R\$ 1.000,00	R\$ 9.923,77	
Encarregado Higiene/Limpeza	PAM COLINA	1	R\$ 2.274,20	R\$ 200,00	R\$ 1.048,65	R\$ 1.016,19	R\$ 500,00	R\$ 5.039,04	
Enfermeiro Educ. Permanente	PAM COLINA	1	R\$ 4.574,60	R\$ 200,00	R\$ 1.729,20	R\$ 1.675,68	R\$ 0,00	R\$ 8.179,47	
Lider da Recepção	PAM COLINA	1	R\$ 2.274,20	R\$ 200,00	R\$ 1.048,65	R\$ 1.016,19	R\$ 500,00	R\$ 5.039,04	
Controlador de Fluxo	PAM COLINA	1	R\$ 2.078,20	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 0,00	R\$ 3.825,00	
Aux Suporte de T.I.	PAM COLINA	1	R\$ 2.078,20	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 0,00	R\$ 3.825,00	
AUX. ADMINISTRATIVO	PAM COLINA	1	R\$ 2.078,20	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 0,00	R\$ 3.825,00	
AUXILIAR DE R.H.	PAM COLINA	1	R\$ 2.078,20	R\$ 200,00	R\$ 785,56	R\$ 761,24	R\$ 0,00	R\$ 3.825,00	
TOTAL		57	R\$ 180.033,20	R\$ 11.400,00	R\$ 69.186,55	R\$ 67.045,06	R\$ 3.000,00	R\$ 330.664,81	

O pagamento de gratificação ao colaborador designado para o exercício da função de **Responsável Técnico** justifica-se pela natureza **estratégica, técnica e institucional** do cargo, que extrapola as atribuições assistenciais ordinárias, implicando responsabilidades adicionais de elevada complexidade, impacto direto na segurança do paciente, na regularidade dos serviços e na conformidade legal da unidade de saúde.

O Responsável Técnico atua como **elo formal entre a Organização Social, os Conselhos Profissionais, a Secretaria Municipal de Saúde e os órgãos de controle**, assumindo responsabilidade legal, ética e técnica sobre o funcionamento assistencial da unidade, conforme normativas dos respectivos Conselhos de Classe, legislações sanitárias e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de função que envolve **responsabilidade pessoal**, inclusive com potencial repercussão administrativa, ética e civil, não se confundindo com as atividades assistenciais regulares do cargo de origem do profissional.

Além da responsabilidade legal, o exercício da função de Responsável Técnico compreende atribuições ampliadas, tais como: supervisão técnica contínua dos serviços prestados; garantia da adesão aos protocolos assistenciais e fluxos operacionais; validação técnica de escalas, rotinas e procedimentos; acompanhamento de indicadores assistenciais; apoio técnico às comissões internas; participação em processos de auditoria, fiscalização e avaliação; e interlocução técnica direta com a gestão municipal e instâncias reguladoras. Essas atividades demandam **maior disponibilidade, tomada de decisão qualificada e capacidade técnica diferenciada**, configurando acréscimo real e permanente de responsabilidades.

Sob o ponto de vista da gestão pública, a concessão de gratificação possui caráter **indenizatório e compensatório**, sendo instrumento legítimo de reconhecimento do **acúmulo funcional** e da **complexidade adicional** assumida pelo profissional, sem caracterizar duplicidade remuneratória ou desvio de função. Ao contrário, contribui para a **estabilidade da função**, a **retenção de profissional qualificado**, a mitigação de riscos assistenciais e jurídicos e a continuidade segura dos serviços de urgência e emergência, cuja interrupção ou falha operacional pode gerar graves consequências à população atendida.

Ressalta-se, ainda, que a adoção de gratificação específica para o Responsável Técnico está alinhada aos princípios da **eficiência, economicidade, continuidade do serviço público e gestão de riscos**, uma vez que evita a necessidade de contratação exclusiva para a função, otimiza recursos humanos existentes e assegura dedicação compatível com a relevância do cargo. Tal prática é amplamente adotada em modelos de gestão por Contrato de Gestão com Organizações Sociais, sendo compatível com o ordenamento jurídico vigente e com as boas práticas de governança em saúde.

Dessa forma, o pagamento de gratificação ao colaborador que exerce a função de Responsável Técnico mostra-se **tecnicamente justificado, administrativamente necessário e juridicamente adequado**, representando medida proporcional às responsabilidades assumidas e essencial para garantir a qualidade assistencial, a segurança do paciente, a conformidade regulatória e o cumprimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão.

18.2 Quadro de RH PJ



CONTRATAÇÃO POR PESSOA JURÍDICA - NOTA FISCAL					TOTAL	
PROFISSIONAIS	LOCAL	QTDE	CARGA HORARIA MENSAL	SALARIO BASE	TOTAL SALARIO	TOTAL GERAL
MEDICO RESPONSAVEL TÉCNICO	PAM COLINA	1	20HR. semanais	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
COORD. ADMINISTRATIVO	PAM COLINA	1	40HR. semanais	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00
CLINICO GERAL DIUNO	PAM COLINA	1	372 HR. MÊS	R\$ 34.100,00	R\$ 34.100,00	R\$ 34.100,00
EMERGENCISTA DIUNO	PAM COLINA	1	373 HR. MÊS	R\$ 40.920,00	R\$ 40.920,00	R\$ 40.920,00
CLINICO GERAL NOTURNO	PAM COLINA	1	374 HR. MÊS	R\$ 34.100,00	R\$ 34.100,00	R\$ 34.100,00
EMERGENCISTA NOTURNO	PAM COLINA	1	375 HR. MÊS	R\$ 40.920,00	R\$ 40.920,00	R\$ 40.920,00
MÉDICO P/ ATENDIMENTO PEDIATRIA	PAM COLINA	1	372 HR. MÊS	R\$ 40.300,00	R\$ 40.300,00	R\$ 40.300,00
TRANSFERENCIAS	PAM COLINA	1	POR DEMANDA	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
TOTAL		8		R\$ 237.340,00	R\$ 237.340,00	R\$ 237.340,00

18.3 Proposta Financeira de Custeio

PLANO ORÇAMENTÁRIO			
PERÍODO:			
PARCEIRA:			
Código	RUBRICAS DE DESPESAS	TOTAL MENSAL	TOTAL MENSAL
	PESSOAL E REFLEXO		
	REMUNERAÇÃO DE PESSOAL	R\$ 180.033,20	R\$ 2.160.398,40
	SALÁRIO LIQUIDO	R\$ 153.638,90	R\$ 1.843.666,80
	ADICIONAL INSALUBRIDADE	R\$ 18.479,40	R\$ 221.752,80
	ADICIONAL NOTURNO	R\$ 7.914,90	R\$ 94.978,80
	REMUNERAÇÃO DE PESSOAL – 13º	R\$ 15.246,67	R\$ 182.959,99
	13º SALÁRIO	R\$ 15.246,67	R\$ 182.959,99
	REMUNERAÇÃO DE PESSOAL – FÉRIAS	R\$ 20.334,99	R\$ 244.019,86
	FÉRIAS	R\$ 15.246,67	R\$ 182.959,99
	ADICIONAL 1/3 FÉRIAS	R\$ 5.088,32	R\$ 61.059,88
	ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	R\$ 69.186,55	R\$ 830.238,60
	SALÁRIO – INSS PATRONAL	R\$ 36.606,64	R\$ 175.711,87
	FGTS	R\$ 14.642,66	R\$ 21.963,98
	PIS	R\$ 1.830,33	R\$ 0,00
	OUTROS DESCONTOS DE ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	R\$ 16.106,92	R\$ 193.283,06
	ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES – 13º	R\$ 5.619,12	R\$ 67.429,43
	13º SALÁRIO – FGTS	R\$ 1.226,32	R\$ 14.715,87
	13º SALÁRIO – INSS PATRONAL	R\$ 4.392,80	R\$ 52.713,56
	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL	R\$ 28.844,29	R\$ 346.131,45
	Aviso prévio (provisão)	R\$ 15.246,67	R\$ 182.959,99
	RESCISÃO – MULTA FGTS (40% 13º sem aviso prévio	R\$ 7.632,48	R\$ 91.589,81
		R\$ 1.262,93	R\$ 15.155,15
	Férias + 1/3 s/ aviso prévio	R\$ 1.702,21	R\$ 20.426,51
	GRATIFICAÇÃO	R\$ 3.000,00	
	BENEFÍCIOS	R\$ 11.400,00	R\$ 136.800,00
	VALE ALIMENTAÇÃO	R\$ 11.400,00	R\$ 136.800,00
	MATERIAL DE CONSUMO		R\$ 0,00
	MATERIAL DE ESCRITÓRIO	R\$ 1.100,00	R\$ 13.200,00
	SUPRIMENTOS DE INFORMÁTICA	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
	MATERIAL DE ESCRITÓRIO	R\$ 600,00	R\$ 7.200,00
	MATERIAL DE CONSUMO	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
	MATERIAL DE LIMPEZA	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
	UNIFORMES E ROUPARIA HOSPITALAR	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	R\$ 600,00	R\$ 7.200,00
	MATERIAL DE CONSUMO ASSISTENCIAL		

	MATERIAL MÉDICO/MEDICAMENTO	R\$ 38.100,00	R\$ 457.200,00
	DROGAS E MEDICAMENTOS DIVERSOS	R\$ 22.000,00	R\$ 264.000,00
	PRODUTOS MÉDICOS E ENFERMAGEM DIVERSOS	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
	MATERIAL DE MANUTENÇÃO ASSISTENCIAL	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
	GASES MEDICINAIS	R\$ 7.600,00	R\$ 91.200,00
	SERVIÇOS DE TERCEIROS		
	SERVIÇOS TERCERIZADOS	R\$ 90.650,00	R\$ 1.087.800,00
	ASSESSORIA CONTABIL	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
	PRESTAÇÃO DE CONTAS	R\$ 30.000,00	R\$ 360.000,00
	ASSESSORIA JURIDICA	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
	ASSESSORIA TÉCNICA	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
	AUDITORIA EXTERNA	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
	RECURSOS HUMANOS / DPTO. PESSOAL	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
	LAVANDERIA/HOTELARIA	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
	GENERO ALIMENTICIO	R\$ 400,00	R\$ 4.800,00
	SERVIÇOS GRÁFICOS	R\$ 250,00	R\$ 3.000,00
	SERVIÇOS ASSISTENCIAIS TERCERIZADOS	R\$ 237.340,00	R\$ 2.848.080,00
	SERVIÇOS MÉDICOS ASSISTENCIAIS - PJ	R\$ 190.340,00	R\$ 2.284.080,00
	DEMAIS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS - PJ	R\$ 17.000,00	R\$ 204.000,00
	TRANSFERÊNCIAS INTERMUNICIPAIS	R\$ 30.000,00	R\$ 360.000,00
	SERVIÇOS DE HIGIENIZAÇÃO E CONTROLE DE PRAGAS	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	MANUTENÇÃO		
	MANUTENÇÃO	R\$ 1.100,00	R\$ 13.200,00
	MANUTENÇÃO PREDIAL E ADEQUAÇÕES	R\$ 300,00	R\$ 3.600,00
	AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
	MANUTENÇÃO DE INFORMÁTICA	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALRES, MOVEIS E UTENSILIOS	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
	MANUTENÇÃO DE ARES CONDICIONADOS	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
	T I		
	DESPESAS	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
	EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA E PERIFÉRICOS	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
	DESPESAS DIVERSAS		
	UTILIDADE PÚBLICA	R\$ 1.850,00	R\$ 22.200,00
	AGUA	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
	ENERGIA	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
	INTERNET	R\$ 350,00	R\$ 4.200,00

	OUTRAS DESPESAS	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	RATEIO INSTITUCIONAL		R\$ 0,00
	OUTRAS DESPESAS DIVERSAS		R\$ 0,00
TOTAL GERAL		R\$ 704.404,81	R\$ 8.452.857,73

SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**José Geraldo Neves Filho**

Representante Legal

CPF: 145.736.988-50

18.4 Cronograma de desembolso

Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06
R\$ 704.404,81	R\$ 704.404,81	R\$ 704.404,81	R\$ 704.404,81	R\$ 704.404,81	R\$ 704.404,81
Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
R\$ 704.404,81	R\$ 704.404,81	R\$ 704.404,81	R\$ 704.404,81	R\$ 704.404,81	R\$ 704.404,81

SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**José Geraldo Neves Filho**

Representante Legal

CPF: 145.736.988-50

18.5 Carta Proposta

À

Secretaria Municipal de Saúde

Comissão Especial de Seleção

OBJETO: GERENCIAMENTO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE COLINA/SP E SAMU 192, INCLUINDO O SUPORTE ÀS ATIVIDADES DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES, EM PLENA CONFORMIDADE COM AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), COM AS DIRETRIZES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E COM A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO ÂMBITO MUNICIPAL E REGIONAL.

A **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**, inscrita no **CNPJ nº 17.795.008/0001-94**, por intermédio de seu representante legal, **Sr. José Geraldo Neves Filho**, portador da Carteira de Identidade nº **25.337.634-8** e inscrito no CPF/MF sob o nº **145.736.988-50**, apresenta sua **Proposta Financeira para a Gestão de Unidades de Saúde**, em conformidade com o Termo de Referência constante no Edital de **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 008/2025**, conforme abaixo descrita:

O Valor Global (12 meses) da Proposta é de:
• **R\$ R\$ 704.404,81 (setecentos e quatro mil, quatrocentos e quatro reais e oitenta e um centavos);**

O Valor Mensal da Proposta é de:
• **R\$ R\$ 8.452.857,73 (oito milhões, quatrocentos e cinquenta e dois mil, oitocentos e cinquenta e sete reais e setenta e três centavos);**

1. Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto.
2. O prazo de validade da proposta não será inferior a **60 (sessenta) dias corridos**, a contar da data de sua apresentação.
3. Declara que tem a prévia ciência, compreensão, tempo hábil e suficiente para execução do objeto, compreende a integralidade dos custos para



atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega da proposta.

4. Os valores apresentados devem estar em consonância com o **Plano Orçamentário de Custeio**.

Colina, 30 de janeiro de 2026

