CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

FILIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO

CNPJ 25.073.538/0001-57

ENVELOPE Nº 1

PROPOSTA TÉCNICA
PROPOSTA FINANCEIRA

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026 | RETIFICAÇÃO Nº 002/2026

PROCESSO SEI Nº 17.137010.000064/2026-78

UPA NORTE JOSÉ DE SOUZA DOURADO | CNES 2755289
UPA SUL GERSON PIRES DE AGUIAR | CNES 2492555

coordenacaorr@cruzvermelhabrasileirasg.org

ÍNDICE DOCUMENTAL

Envelope nº 1 | Chamamento Público nº 001/2026

ITEM	DOCUMENTO	FLS.
01	Proposta Técnica, Anexo V, versão revisada	3 a 28
02	Declaração substitutiva da visita técnica, assinada	29
03	Indicação e anuência, responsável técnico médico, Nairo	30
04	Indicação e anuência, responsável administrativo-financeiro, Nairo	31
05	Diploma de Medicina, folhas fotográficas preexistentes	32 a 33
06	Carteira de Trabalho Digital de Nairo	34 a 36
07	Certidão do CREMESP de quitação de Nairo	37
08	Certidão ético-profissional do CREMESP de Nairo	38
09	Currículo profissional de Nairo	39 a 41
10	Atestado institucional de serviços de saúde, autenticado	42 a 48
11	Atestado de gestão hospitalar, autenticado	49 a 60
12	Contrato de Gestão Hospitalar 0037/2021, autenticado	61 a 68
13	Cadastro CNES da policlínica da Cruz Vermelha	69
14	Proposta Financeira, Anexo VI, assinada	70 a 99

Documentos organizados para apresentação em papel A4.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

FILIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO

25.073.538/0001-57

coordenacaorr@cruzvermelhabrasileirasg.org

ENVELOPE Nº 1

PROPOSTA TÉCNICA | ROTEIRO DO ANEXO V

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026 | RETIFICAÇÃO Nº 002/2026

PROCESSO SEI 17.137010.000064-2026-78

UNIDADES	IDENTIFICAÇÃO
UPA Norte	José de Souza Dourado | CNES 2755289
UPA Sul	Gerson Pires de Aguiar | CNES 2492555

1. APRESENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE PROPÓSITO

A CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, FILIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 25.073.538/0001-57, apresenta proposta única para gestão, operacionalização e execução integral das ações e serviços de saúde das UPAs Norte e Sul de Palmas, em Termo de Colaboração regido pela Lei nº 13.019/2014 e pelo edital em referência. A execução será organizada por comando institucional único, com dimensionamento individualizado das duas unidades e prestação de contas segregada.

A proposta adota capacidade operacional integral, funcionamento 24 horas, acolhimento e classificação de risco, assistência clínica, pediátrica, ortopédica, odontológica, de enfermagem, apoio diagnóstico, transporte sanitário Tipo B, governança clínica, abastecimento e apoio administrativo. Os parâmetros de produção dos capítulos 6 e 7 do TR foram utilizados como referência de oferta, sem confundi-los com as metas do IN 1 vinculadas ao repasse.

Os regimentos e protocolos serão submetidos à aprovação institucional e à designação dos responsáveis técnicos habilitados. A Proposta Financeira assinada integra separadamente o Envelope nº 1, nos moldes do Anexo VI, com valor global de R$ 81.557.366,16 para 12 meses: R$ 40.196.598,24 para a UPA Norte e R$ 41.360.767,92 para a UPA Sul. A estrutura de pessoal segue o regime PJ do Quadro 3 da proposta financeira, sem duplicidade com despesas de pessoal CLT.

2. QUADRO EXECUTIVO DE BASES E PARÂMETROS

Parâmetro	UPA Norte	UPA Sul
CNES	2755289	2492555
Funcionamento	24h, sete dias	24h, sete dias
Leitos de observação	35	38
Poltronas de medicação	27	30
Consultórios	4	5
Salas de classificação de risco	3	4
Média mensal, atendimentos	11.908	13.836
Padrão de referência para médicos, dia/noite	12 / 9 postos	12 / 9 postos
Média diária de atendimentos	392	455
Valor mensal proposto (Anexo VI)	R$ 3.349.716,52	R$ 3.446.730,66

Critério de planejamento. O volume de registros médicos difere do número de episódios assistenciais. Dimensionamento e fluxo devem refletir os atendimentos efetivos, a distribuição horária, o percentil 95 e a sazonalidade. Para a UPA Norte, o percentil 95 é 497 atendimentos diários; para a UPA Sul, 566, com concentração aproximada de 70% da procura no período diurno. Fonte: TR cap. 6 e Anexo I.

3. FORMULÁRIO V-A. SUMÁRIO ANALÍTICO DA PROPOSTA TÉCNICA

ITEM	ELEMENTO AVALIADO	PONTOS	FLS.
V.1.1	Fluxo assistencial do usuário	3	6
V.1.2	Fluxo de materiais e roupas	1	7
V.1.3	Fluxo de resíduos	1	7
V.1.4	Fluxo de registros e prontuários	1	8
V.1.5	Regimento interno	2	8
V.1.6	Regimento de enfermagem	2	9
V.1.7	Regimento do corpo clínico	2	10
V.1.8	Tecnologia e prontuário	3	10
V.1.9	Protocolos de urgência	2	11
V.1.10	Almoxarifado, farmácia, patrimônio e transporte	1	12
V.1.11	Manual administrativo-financeiro	2	13
V.1.12	Projeto de incremento de resolutividade	2	13
V.2.1	Dez comissões e núcleos	10	14 a 21
V.2.2	Acolhimento humanizado	2	21
V.2.3	Ouvidoria e satisfação	1	21
V.2.4	Transparência e publicação	1	22
V.2.5	Organização assistencial	2	22
V.2.6	Apoio diagnóstico	2	22
V.2.7	Serviços de apoio	2	23
V.2.8	Contrarreferência e RAS	1	23
V.2.9	Quadro de pessoal	2	24 e 79 a 82
V.2.10	Organograma e atribuições	1	24
V.2.11	Gestão de pessoal	2	24
V.2.12	Educação permanente	2	25
V.3.1	Experiência UPA Porte III, alternativo	8	25 e 49 a 68
V.3.2	Experiência UPA Porte II, alternativo	7	25 e 49 a 68

ITEM	ELEMENTO AVALIADO	PONTOS	FLS.
V.3.3	Gestão de pronto-socorro hospitalar e urgência ininterrupta	6	25 e 49 a 68
V.3.4	Número de unidades geridas	4	26 e 49 a 68
V.3.5	Serviço próprio, CNES	1	26 e 69
V.3.6	Responsável Técnico Médico	1	26 e 30 a 41
V.3.7	Responsável administrativo-financeiro	1	26 e 30 a 41
V.3.8	Acreditação	4	
V.3.9	CEBAS Saúde	1	

O Formulário V-A conserva a relação e a ordem dos critérios estabelecidos no edital. As remissões identificam as folhas da proposta e dos documentos oficiais, integrantes da apresentação em A4; somente a linha de experiência V.3.3 é computada para o tempo de gestão, conforme a regra de alternatividade do Anexo V.

4. ÁREA DE ATIVIDADE. DOCUMENTAÇÃO PONTUÁVEL, FA.1

V.1.1. Fluxo assistencial do usuário, acolhimento à alta ou transferência

O percurso começa no registro de entrada pela recepção e verificação imediata de sinais de gravidade. A classificação é executada por enfermeiro habilitado, com registro de horário, sinais vitais e prioridade. Casos vermelhos são encaminhados imediatamente à sala de estabilização; os demais recebem atendimento de acordo com prioridade clínica, podendo haver reclassificação a qualquer momento. O médico assistente define exames, prescrição, observação, alta ou necessidade de regulação. A equipe de enfermagem registra intervenções e reavaliações até o desfecho.

Classificação	Tempo-alvo para o primeiro atendimento	Fluxo e responsabilidade
Vermelha	Imediato, até 5 minutos	Enfermeiro e médico na estabilização; reanimação conforme avaliação
Laranja	Até 10 minutos	Enfermagem prioriza sala de urgência e avisa médico
Amarela	Até 60 minutos	Observação em área assistencial, com reclassificação
Verde	Até 120 minutos	Fila clínica monitorada; reavaliação diante de piora
Azul	Até 240 minutos	Orientação e monitoramento; prioridade legal sem afastar risco clínico

Na estabilização, a admissão ocorre por risco imediato à vida, choque, rebaixamento de consciência, insuficiência respiratória ou condição tempo-dependente. Equipe médica e de enfermagem atuam com carrinho de emergência, monitorização, oxigenação e acionamento regulatório imediato quando houver necessidade de transferência. Na observação, admissão e permanência são prescritas pelo médico, com avaliação de enfermagem por turno e sempre que haja deterioração, reavaliação médica conforme gravidade e em intervalos estabelecidos em prontuário; permanência não superior a 24 horas sem solução ou transferência regulada.

Fluxograma institucional do percurso assistencial:

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
Entrada e identificação	Classificação de risco	Médico, exames e conduta	Alta, observação ou regulação

A decisão de transferência será registrada pelo médico no prontuário, sendo a solicitação ao Complexo Regulador Estadual registrada em até 60 minutos. Ambulância Tipo B da unidade, com motorista e técnico de enfermagem exclusivos, será acionada mediante fluxo e autorização regulatória; transporte avançado é responsabilidade do SAMU 192.

V.1.2. Fluxos unidirecionais de materiais esterilizados e roupas

A CME adota barreira física ou funcional entre área contaminada e área limpa. Material usado é identificado na origem, encaminhado em recipiente fechado, recebido no expurgo, submetido à limpeza, inspeção, preparo, embalagem, esterilização monitorada, liberação por responsável e armazenamento em área limpa, protegido até o ponto de uso. É proibido retorno de material sujo pela rota de distribuição limpa. Cada lote registra data, ciclo, equipamento, indicadores e profissional liberador.

Fluxo de materiais:

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
Setor assistencial / sujo	Expurgo / limpeza	Inspeção e esterilização	Guarda limpa e distribuição

A roupa contaminada é coletada em sacos identificados e transportada por rota e carrinho exclusivos, com processamento em lavanderia contratada ou própria. A roupa limpa ingressa por rota distinta e é armazenada em armários protegidos. O controle relaciona quantidades entregues e devolvidas, não conformidades e desinfecção de carros de transporte.

Fluxo de roupas:

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
Coleta de roupa usada	Acondicionamento e transporte sujo	Lavagem e controle de processamento	Recepção e distribuição limpa

V.1.3. Fluxo dos resíduos de serviços de saúde

O PGRSS observará a RDC Anvisa nº 222/2018 e as exigências ambientais. Resíduos infectantes do grupo A, químicos do grupo B, comuns do grupo D e perfurocortantes do grupo E serão segregados imediatamente no local de geração por recipiente identificado e compatível. Os setores de medicação, observação, estabilização, laboratório, odontologia e farmácia terão coletores específicos e rotina de fechamento seguro.

A coleta interna seguirá rota e horários próprios, em carrinhos fechados, sem cruzamento com alimentos, roupas limpas ou materiais esterilizados. O armazenamento temporário e externo observará sinalização, ventilação, segurança e contenção. A destinação ocorrerá por transportador/tratador habilitado, com contrato, manifesto, comprovante de recebimento e certificado final arquivados. O Responsável Técnico pelo PGRSS será indicado após a mobilização, com atribuição à área de qualidade/segurança e ao profissional legalmente habilitado.

Fluxo segregado:

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
Geração / segregação por grupo	Coleta interna e conferência	Abrigo externo por grupo	Transportador licenciado e destinação

V.1.4. Fluxo de registros, documentos e prontuários

A recepção cria episódio identificado; o enfermeiro registra classificação e horários; médicos, enfermagem e SADT registram atos e desfechos sob credenciais próprias, com logs de autoria, data, hora e alteração. O faturamento cruza CNES, produção e codificação sem alterar registros clínicos. O arquivamento observa a temporalidade legal e políticas de preservação; acesso por perfil e necessidade de conhecimento, com trilha de auditoria.

O Município é controlador e a OSC operadora dos dados assistenciais no escopo da parceria. Solicitações de prontuário pelo usuário seguem protocolo de identificação e disponibilização nos prazos legais aplicáveis; requisições da SEMUS e órgãos de controle são registradas, atendidas com base legal e submetidas a controle de acesso. A liberação de informações clínicas observará sigilo e minimização dos dados.

Em indisponibilidade do sistema, a unidade utilizará formulários numerados e assinados em papel, guardados sob responsabilidade da coordenação, com posterior digitalização e transcrição conciliada em até 24 horas após restauração, ou justificativa documentada se o incidente exceder esse prazo. Haverá backup automatizado, cópia segregada, testes de recuperação e plano de continuidade operacional.

Ciclo do prontuário:

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
Identificação e abertura	Risco e assistência	Codificação e auditoria	Guarda, acesso e transferência ao Município

V.1.5. Minuta integral de Regimento Interno das UPAs

Art. 1º As UPAs Norte e Sul prestam assistência pública gratuita, ininterrupta, no âmbito da Rede de Atenção às Urgências, limitadas às competências e serviços pactuados no Termo de Colaboração.

Art. 2º A direção geral da parceria coordena o conjunto das duas unidades; cada UPA terá gerência local, responsável técnico médico, responsável técnico de enfermagem e referência administrativa-financeira, segundo designações formais e segregação de atribuições.

Art. 3º Compete à gerência local garantir escalas completas, abastecimento, manutenção, rotinas administrativas, integração com SEMUS e registro de ocorrências operacionais.

Art. 4º Compete à direção técnica médica zelar pela habilitação dos profissionais, protocolos, ética, gestão clínica, cobertura e comunicação com CRM e SEMUS.

Art. 5º Compete à responsável técnica de enfermagem supervisionar o serviço, cumprir o dimensionamento e a regularidade perante o Coren, manter escalas e protocolos de assistência.

Art. 6º Compete ao núcleo administrativo-financeiro controlar orçamento, contratos, pagamentos, patrimônio, documentação contábil, prestações de contas e gestão de custos por centro de custo.

Art. 7º As unidades funcionarão 24 horas por dia, sete dias da semana. As escalas presenciais serão formalmente aprovadas pelos responsáveis técnicos, publicadas previamente e acompanhadas por registro de frequência, passagem de plantão e substituições imediatas para assegurar a cobertura integral. O sobreaviso, quando cabível e autorizado, terá escala própria, acionamento documentado e observância das normas profissionais e das condições pactuadas, sem substituir a equipe presencial exigida.

Art. 8º O acolhimento utilizará classificação de risco em cinco cores, reclassificação quando indicada, registro eletrônico dos marcos e priorização clínica.

Art. 9º A sala de estabilização, a área de observação, os consultórios, o SADT, a farmácia, a odontologia, a hotelaria e os demais serviços observarão protocolos aprovados e responsáveis identificados.

Art. 10º O transporte sanitário Tipo B obedecerá solicitação e autorização regulatória, tripulação exclusiva, checklist veicular, comunicação da transferência e rastreamento.

Art. 11º A integração com SEMUS, SAMU 192, Complexo Regulador, APS e rede hospitalar será registrada em prontuário e relatório de execução.

Art. 12º Os servidores municipais eventualmente disponibilizados conservarão seu vínculo estatutário com o Município e observarão os protocolos assistenciais compatíveis com o cargo, sem sujeição a poder disciplinar da OSC.

Art. 13º Incidentes de segurança do paciente, riscos sanitários, desabastecimento e indisponibilidade operacional serão comunicados ao responsável técnico, à gerência e à SEMUS na forma do plano de contingência.

Art. 14º Este regimento será aprovado por ato institucional após validação pelos responsáveis técnicos; revisão anual e revisão extraordinária por alteração normativa ou evento crítico, com controle de versões e ciência das equipes.

V.1.6. Minuta integral de Regimento do Serviço de Enfermagem

Art. 1º A assistência de enfermagem será subordinada tecnicamente ao Responsável Técnico de Enfermagem da respectiva UPA, com inscrição ativa e anotação de responsabilidade técnica exigível pelo Coren/TO.

Art. 2º Compete ao enfermeiro realizar acolhimento/classificação de risco, planejamento e avaliação de cuidados, supervisão de técnicos, registro, comunicação de deterioração clínica e coordenação de procedimentos privativos.

Art. 3º Compete ao técnico de enfermagem executar cuidados e procedimentos autorizados sob supervisão do enfermeiro, observadas prescrições, protocolos e limites ético-legais.

Art. 4º As escalas serão elaboradas por turno de 12 horas, com 9 enfermeiros diurnos e 8 noturnos na Norte, 10 diurnos e 8 noturnos na Sul, conforme referência editalícia, ajustáveis por dimensionamento fundamentado sem redução de segurança.

Art. 5º Os técnicos assistenciais internos terão referência de 18 por turno diurno e 15 noturno na Norte, e 20 diurno e 17 noturno na Sul, sem computar os profissionais dedicados à ambulância.

Art. 6º O dimensionamento observará o Parecer Normativo COFEN nº 1/2024, os pacientes por dependência, índice de segurança técnica e horas profissionais por área; o quadro definitivo será submetido ao Coren conforme exigível.

Art. 7º A passagem de plantão será presencial ou em plataforma autenticada, com pacientes críticos, resultados pendentes, medicamentos controlados, equipamentos e eventos adversos.

Art. 8º Toda administração de medicamentos terá checagens de paciente, medicamento, dose, via, horário, alergias, registro de administração e dupla conferência quando indicada.

Art. 9º Intercorrências e eventos adversos serão comunicados imediatamente à equipe médica e ao Núcleo de Segurança do Paciente, com registro individualizado e apuração confidencial.

Art. 10º O Responsável Técnico de Enfermagem manterá plano anual de educação permanente, auditoria de prontuários e supervisões documentadas por turno.

Art. 11º Qualquer ausência será suprida por reserva técnica ou substituição com profissional habilitado antes da exposição de usuários a risco; a gerência registrará lacunas de cobertura e providências.

Art. 12º Este regimento terá aprovação pela direção técnica e RT de enfermagem e revisão anual ou em caso de alteração normativa.

V.1.7. Minuta integral de Regimento do Corpo Clínico

Art. 1º O corpo clínico reúne médicos com registro regular, habilitação legal, vínculo contratual e cadastramento CNES, admitidos mediante processo documentado de verificação de qualificação.

Art. 2º A direção clínica organizará integração dos profissionais, avaliação de desempenho e deliberações clínicas, respeitados direitos de autonomia técnica e normas do Conselho Federal de Medicina.

Art. 3º Compete ao Responsável Técnico Médico supervisionar condições institucionais para a assistência, cumprimento de normas éticas, protocolos e continuidade de cobertura.

Art. 4º São deveres dos médicos registrar atendimento, hipótese diagnóstica, condutas, prescrições, reavaliações e desfechos em prontuário completo, sem omissões ou registros posteriores indevidos.

Art. 5º É assegurado o exercício independente da profissão, com obrigação de notificar condições incompatíveis com assistência segura e de observar o sigilo clínico.

Art. 6º As escalas médicas por unidade observarão no mínimo nove clínicos no período diurno e sete no noturno; pediatra e ortopedista um por período; ultrassonografista um posto de seis horas diurnas, conforme Quadro 6.

Art. 7º O plantão contará com substituto habilitado para faltas e atrasos, com acionamento escalonado da coordenação; sobreaviso não substitui presença obrigatória prevista em escala.

Art. 8º A passagem de plantão relacionará pacientes em observação, doentes instáveis, regulação pendente, resultados críticos e decisões relevantes.

Art. 9º Médicos observarão os protocolos institucionalmente aprovados para dor torácica, AVC, sepse, trauma e classificação de risco, com autonomia para decisões justificadas.

Art. 10º A Comissão de Ética Médica será organizada segundo a regulamentação do Conselho Regional de Medicina, preservada sua competência própria e a confidencialidade dos procedimentos.

Art. 11º Questões éticas serão encaminhadas à Comissão de Ética, à direção técnica e ao conselho competente, sem interferência administrativa indevida na responsabilidade profissional.

Art. 12º Admissão, permanência, suspensão e desligamento observarão regras contratuais, direito de defesa, requisitos profissionais e continuidade da assistência.

Art. 13º Este regimento será validado e aprovado na implantação, com revisão anual ou extraordinária quando necessário.

V.1.8. Projeto de tecnologia da informação e prontuário eletrônico

A arquitetura proposta utiliza prontuário eletrônico institucional para as duas UPAs, com instâncias lógicas segregadas por CNES, integração por API, serviço de integração e relatórios gerenciais. Módulos obrigatórios: recepção, classificação de risco com cinco níveis e horários, consulta médica, enfermagem, prescrição eletrônica, dispensação, estoque, resultados laboratoriais e de imagem, regulação, faturamento SIA/SUS e vigilância epidemiológica.

Camada	Componentes operacionais	Controle e responsável
Assistencial	Entrada, risco, consulta, procedimentos, prescrição, SADT	Equipe assistencial autenticada

Camada	Componentes operacionais	Controle e responsável
Integração	CNES, SIA/SUS/BPA-I, e-SUS PEC, SinanNet, regulação municipal e estadual	Analista de integração e faturamento
Infraestrutura	Rede cabeada e Wi-Fi segmentada, estações críticas, firewall, energia de contingência	Coordenação de TI
Proteção de dados	Perfis por função, registro de acessos, criptografia, backup diário, plano de recuperação	Encarregado LGPD designado
Monitoramento	Dashboard de 8 indicadores, completude do registro, tempos porta-médico	Gestor local e Núcleo de Qualidade

A contratação e implantação observarão análise de interoperabilidade e testes de aceite na infraestrutura real, sem exigir da SEMUS recursos adicionais não previstos. A implantação seguirá marcos: dias 1 a 10 inventário de TIC e homologação de interfaces; dias 11 a 20 instalação e integração; dias 21 a 30 capacitação e simulação; dias 31 a 60 validação de produção; dias 61 a 90 auditoria e estabilização. Plantões funcionarão sem interrupção durante migração de dados.

Controles de segurança: autenticação individual, duplo fator para perfis críticos, trilha imutável de acesso, controle de exportação, backup com restauração testada trimestralmente e plano de contingência em papel; incidentes com risco ou dano relevante serão comunicados à SEMUS no prazo contratual de 24 horas. O encarregado pelo tratamento será formalmente designado na mobilização. Indicadores serão extraídos por consultas parametrizadas por competência e unidade, vedada alteração unilateral de fórmula.

V.1.9. Manual integral de protocolos assistenciais de urgência

Acolhimento com classificação de risco

Na entrada, enfermeiro identifica sinais de perigo imediato, realiza avaliação objetiva, sinais vitais e dor, registra horário e atribui uma das cinco prioridades. Usuário instável é imediatamente direcionado à estabilização, com comunicação médica simultânea. Haverá reclassificação em mudança clínica, tempo excedido ou sinal de alerta. Indicadores: porta-médico por cor e cobertura da classificação de risco. Referência: TR Anexo II e Política Nacional de Humanização.

Responsabilidade e revisão: aplicação pela equipe médica e de enfermagem sob supervisão do Responsável Técnico Médico e do Responsável Técnico de Enfermagem; revisão ordinária anual e extraordinária a cada atualização de evidência, mudança de perfil, evento sentinela ou alteração regulatória.

Dor torácica

Recepção deve encaminhar imediatamente sinais sugestivos de síndrome coronariana aguda ao acolhimento prioritário. Médico avalia vias aéreas, respiração, circulação, estabilidade hemodinâmica, sintomas, risco e comorbidades; solicita ECG de 12 derivações preferencialmente em até 10 minutos em suspeita isquêmica, correlacionando com exame clínico e troponinas conforme disponibilidade e protocolos oficiais. Conduta terapêutica, contraindicações e necessidade de transferência serão decididas e registradas pelo médico. Referência: diretrizes vigentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e MS.

Responsabilidade e revisão: aplicação pela equipe médica e de enfermagem sob supervisão do Responsável Técnico Médico e do Responsável Técnico de Enfermagem; revisão ordinária anual e extraordinária a cada atualização de evidência, mudança de perfil, evento sentinela ou alteração regulatória.

Acidente vascular cerebral

Acolhimento identifica sinais neurológicos focais súbitos, registra hora em que o paciente foi visto bem pela última vez e glicemia capilar, estabiliza funções vitais e comunica imediatamente ao médico. Avaliação clínica documentará escala neurológica aplicável, contraindicações e necessidade de imagem e regulação para unidade com terapia específica. Evitar atrasos em transferências tempo-dependentes e registrar todos os marcos. Referência: linha de cuidado do AVC do Ministério da Saúde e protocolos assistenciais vigentes.

Responsabilidade e revisão: aplicação pela equipe médica e de enfermagem sob supervisão do Responsável Técnico Médico e do Responsável Técnico de Enfermagem; revisão ordinária anual e extraordinária a cada atualização de evidência, mudança de perfil, evento sentinela ou alteração regulatória.

Sepse

Triagem identifica suspeita infecciosa associada a sinais de disfunção orgânica e alto risco, com comunicação médica imediata, coleta de dados vitais, identificação do foco e perfusão. A equipe implementará medidas de estabilização, acesso venoso, exames e terapêutica individualizada por prescrição, segundo diretrizes atualizadas e protocolos locais de antimicrobianos. A evolução e o momento da decisão de regulação serão documentados. Referência: Programa Nacional de Segurança do Paciente e diretrizes clínicas brasileiras de sepse.

Responsabilidade e revisão: aplicação pela equipe médica e de enfermagem sob supervisão do Responsável Técnico Médico e do Responsável Técnico de Enfermagem; revisão ordinária anual e extraordinária a cada atualização de evidência, mudança de perfil, evento sentinela ou alteração regulatória.

Trauma

Atendimento segue abordagem sistemática de segurança de cena, proteção de equipe, vias aéreas e proteção cervical conforme indicação, respiração, circulação/hemorragias, estado neurológico e exposição, com prevenção de hipotermia. O médico define estabilização, analgesia, imobilização seletiva, exames e transferência segundo gravidade, com comunicação ao SAMU e regulação quando necessário. Referência: Portaria GM/MS nº 2.048/2002 e protocolos ATLS quando aplicáveis.

Responsabilidade e revisão: aplicação pela equipe médica e de enfermagem sob supervisão do Responsável Técnico Médico e do Responsável Técnico de Enfermagem; revisão ordinária anual e extraordinária a cada atualização de evidência, mudança de perfil, evento sentinela ou alteração regulatória.

V.1.10. Manual integral de almoxarifado, farmácia, patrimônio e transporte sanitário

1. Recebimento. Compras terão ordem autorizada, conferência de quantidade, especificação, lote, validade, integridade, temperatura e nota fiscal. Divergências serão segregadas em quarentena e lançadas como ocorrência.

2. Armazenamento e ressuprimento. Estoques são controlados em sistema por centro de custo, lote e validade; aplica-se PEPS e FEFO conforme natureza. Ponto de pedido = consumo médio diário multiplicado pelo prazo de reposição acrescido de estoque de segurança documentado por criticidade e sazonalidade.

3. Medicamentos controlados. Guarda em área de acesso restrito, escrituração, reconciliação diária, registro de responsável e avaliação periódica do farmacêutico, conforme Portaria SVS/MS nº 344/1998.

4. Vencimento e descarte. Inventários cíclicos, alerta de vencimento, bloqueio de dispensação, identificação de produto vencido e destinação conforme PGRSS e critérios farmacêuticos.

5. Patrimônio. Todo bem cedido será confrontado com o Anexo IV, etiquetado, localizado e inscrito em inventário; movimentações mediante autorização, termo de responsabilidade e inventário anual com reconciliação de bens.

6. Sistema integrado. Módulos de farmácia, almoxarifado, patrimônio e compras alimentarão a apuração por centro de custo da conta B e, quando pertinente, A/C/D da planilha VI.

7. Transporte sanitário. Cada unidade mantém ambulância Tipo B, condutor e técnico de enfermagem exclusivos. O acionamento ocorrerá após decisão clínica e autorização regulatória, com checklist de equipamentos, documentação de tripulação, registro de saída, destino, quilometragem, combustível, retorno, manutenção preventiva e evento adverso.

V.1.11. Manual integral administrativo-financeiro e gestão de custos

1. Governança de compras. O setor requisitante documenta necessidade; compras produz pesquisa de mercado com critérios objetivos, pelo menos fontes comparáveis quando possível, avaliação de habilitação e análise de conflito de interesses. Autorização será segregada do recebimento e do pagamento.

2. Contas a pagar e a receber. Pagamentos ocorrerão por transferência eletrônica identificável na conta exclusiva da parceria, com liquidação apoiada por pedido, contrato, nota fiscal e atesto. Conciliação bancária será diária para operações e mensal para fechamento, com revisão independente.

3. Centros de custo. Cada UPA terá código próprio, áreas assistenciais e de apoio segregadas; o rateio de custos compartilhados utilizará critério objetivo de consumo, tempo de pessoal ou metragem quando pertinente, documentado em memória analítica. Vedada taxa de administração desvinculada de custos efetivos.

4. Documentação contábil e fiscal. Documentos eletrônicos serão indexados por competência, fornecedor, contrato, fonte e conta de custo; originais serão preservados, com trilhas de validação, controle de versões e cronograma de guarda.

5. Fechamento e prestação de contas. O núcleo financeiro encerra competência até dia 10, verifica glosas e comprovações até dia 15 e emite relatório mensal até dia 20 do mês seguinte, com demonstrativos de receitas, despesas, extratos, indicadores e conciliações previstos no Anexo VIII.

6. Controle de provisões. Serão constituídas contas segregadas para férias, décimo terceiro, rescisões e demandas trabalhistas, com conciliação trimestral e vinculação à folha efetivamente contratada.

7. Integridade e fiscalização. Toda alteração de preço, escopo, equipe e metas depende de justificativa, cálculo, aprovação e instrumento próprio; nenhuma despesa se apoia em alteração contratual não formalizada.

V.1.12. Projeto adicional de resolutividade e continuidade do cuidado

PROJETO: ALTA RESPONSÁVEL E CONTRARREFERÊNCIA DIGITAL. Finalidade: reduzir retornos evitáveis em 48 horas e aumentar a continuidade do cuidado dos usuários classificados como verdes e azuis após resolução da urgência. Público-alvo: usuários de alta médica com necessidade de seguimento pela APS, doenças crônicas descompensadas ou orientações de autocuidado.

Atividades: (1) o médico prescreve alta com orientação padronizada; (2) equipe de enfermagem checa entendimento e sinais de alerta; (3) serviço social articula barreiras de acesso; (4) relatório eletrônico é encaminhado pelo canal pactuado da SEMUS à APS em até 24 horas úteis da alta; (5) monitora-se retorno não programado em 48 horas, contrarreferências realizadas e encaminhamentos concluídos. O projeto não substitui regulação nem cria consulta ambulatorial fora do objeto.

Fase	Prazo	Indicador interno / meta
Implantação	Dias 1 a 30	Aprovação dos formulários e treinamento das equipes
Consolidação	Dias 31 a 60	Pelo menos 85% das altas elegíveis com orientação registrada
Monitoramento	Dias 61 a 90	Pelo menos 90% das contrarreferências elegíveis encaminhadas no prazo

A execução utilizará equipes, sistemas e materiais já previstos no orçamento ordinário. Não implica acréscimo ao valor da parceria, redução das metas pactuadas nem remanejamento de recursos de atividades obrigatórias. Revisão trimestral pelo Núcleo de Segurança do Paciente e gestão local.

5. ÁREA DE QUALIDADE. DOCUMENTAÇÃO PONTUÁVEL, FA.2

V.2.1. Minutas integrais de dez comissões e núcleos: instituição, regimento e cronograma

Cada instância será constituída por ato institucional específico no início da parceria, respeitadas as exigências dos conselhos profissionais e da legislação sanitária e trabalhista. Não se afirma constituição anterior em Palmas. As minutas abaixo são completas quanto a competências, composição funcional, frequência, documentação e controle; a relação nominal será formalizada após a mobilização.

V.2.1.01. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Art. 1º Institui-se proposta de Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, de natureza técnica e consultiva, vinculada à gerência local e às normas próprias, sem substituir atribuições dos conselhos profissionais.

Art. 2º A composição por categoria profissional será: médico, enfermeiro, auditor de prontuários, faturamento e qualidade. Os membros serão designados por ato escrito após verificação de habilitação e incompatibilidades.

Art. 3º São atribuições: auditar completude, coerência, assinatura, registro temporal e resolutividade; tratar inconformidades sem alteração retroativa. As deliberações terão plano de providências, responsável e prazo de conclusão.

Art. 4º As reuniões ordinárias ocorrerão com periodicidade mensal; reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela presidência da instância. O quórum será maioria simples dos membros formalmente designados, salvo norma específica mais restritiva.

Art. 5º Cada reunião será registrada em ata identificada, lista de presença, evidências e deliberações. Dados sigilosos serão acessados apenas por necessidade técnica, resguardados LGPD e sigilo profissional.

Art. 6º A instância enviará relatório gerencial trimestral à direção técnica e à comissão de monitoramento da parceria, observados indicadores e limites legais, e revisará seu regimento anualmente.

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Jan	Implantação e regimento; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo
Fev	Auditoria temática e plano corretivo; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo
Mar	Monitoramento mensal de indicadores; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo
Abr	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo
Mai	Implantação e regimento; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo
Jun	Auditoria temática e plano corretivo; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo
Jul	Monitoramento mensal de indicadores; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de

Mês do ciclo anual	Atividade programada
	processo
Ago	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo
Set	Implantação e regimento; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo
Out	Auditoria temática e plano corretivo; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo
Nov	Monitoramento mensal de indicadores; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo
Dez	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; auditoria de prontuários, taxa de completude, correção de processo

V.2.1.02. Comissão de Revisão de Óbitos

Art. 1º Institui-se proposta de Comissão de Revisão de Óbitos, de natureza técnica e consultiva, vinculada à gerência local e às normas próprias, sem substituir atribuições dos conselhos profissionais.

Art. 2º A composição por categoria profissional será: direção clínica, médico, enfermeiro, serviço social, segurança do paciente. Os membros serão designados por ato escrito após verificação de habilitação e incompatibilidades.

Art. 3º São atribuições: examinar desfechos, identificar oportunidades assistenciais, emitir recomendações e preservar sigilo. As deliberações terão plano de providências, responsável e prazo de conclusão.

Art. 4º As reuniões ordinárias ocorrerão com periodicidade mensal e evento sentinela; reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela presidência da instância. O quórum será maioria simples dos membros formalmente designados, salvo norma específica mais restritiva.

Art. 5º Cada reunião será registrada em ata identificada, lista de presença, evidências e deliberações. Dados sigilosos serão acessados apenas por necessidade técnica, resguardados LGPD e sigilo profissional.

Art. 6º A instância enviará relatório gerencial trimestral à direção técnica e à comissão de monitoramento da parceria, observados indicadores e limites legais, e revisará seu regimento anualmente.

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Jan	Implantação e regimento; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Fev	Auditoria temática e plano corretivo; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Mar	Monitoramento mensal de indicadores; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Abr	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Mai	Implantação e regimento; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Jun	Auditoria temática e plano corretivo; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Jul	Monitoramento mensal de indicadores; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Ago	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Set	Implantação e regimento; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Out	Auditoria temática e plano corretivo; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Nov	Monitoramento mensal de indicadores; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores
Dez	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; revisão de óbitos, planos de ação, reavaliação de indicadores

V.2.1.03. Comissão de Ética Médica

Art. 1º Institui-se proposta de Comissão de Ética Médica, de natureza técnica e consultiva, vinculada à gerência local e às normas próprias, sem substituir atribuições dos conselhos profissionais.

Art. 2º A composição por categoria profissional será: médicos eleitos/designados conforme CRM, direção médica sem interferência indevida. Os membros serão designados por ato escrito após verificação de habilitação e incompatibilidades.

Art. 3º São atribuições: zelar pela ética profissional, promover orientação e encaminhar infrações ao conselho competente. As deliberações terão plano de providências, responsável e prazo de conclusão.

Art. 4º As reuniões ordinárias ocorrerão com periodicidade conforme norma CRM e reuniões regulares; reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela presidência da instância. O quórum será maioria simples dos membros formalmente designados, salvo norma específica mais restritiva.

Art. 5º Cada reunião será registrada em ata identificada, lista de presença, evidências e deliberações. Dados sigilosos serão acessados apenas por necessidade técnica, resguardados LGPD e sigilo profissional.

Art. 6º A instância enviará relatório gerencial trimestral à direção técnica e à comissão de monitoramento da parceria, observados indicadores e limites legais, e revisará seu regimento anualmente.

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Jan	Implantação e regimento; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Fev	Auditoria temática e plano corretivo; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Mar	Monitoramento mensal de indicadores; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Abr	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Mai	Implantação e regimento; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Jun	Auditoria temática e plano corretivo; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Jul	Monitoramento mensal de indicadores; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Ago	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Set	Implantação e regimento; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Out	Auditoria temática e plano corretivo; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Nov	Monitoramento mensal de indicadores; orientação ética, registros confidenciais, educação médica
Dez	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; orientação ética, registros confidenciais, educação médica

V.2.1.04. Comissão de Ética de Enfermagem

Art. 1º Institui-se proposta de Comissão de Ética de Enfermagem, de natureza técnica e consultiva, vinculada à gerência local e às normas próprias, sem substituir atribuições dos conselhos profissionais.

Art. 2º A composição por categoria profissional será: enfermeiros e técnicos nos termos do Coren, coordenados conforme regimento próprio. Os membros serão designados por ato escrito após verificação de habilitação e incompatibilidades.

Art. 3º São atribuições: promover boas práticas éticas, educação e encaminhar fatos ao conselho, preservando sigilo. As deliberações terão plano de providências, responsável e prazo de conclusão.

Art. 4º As reuniões ordinárias ocorrerão com periodicidade conforme norma Coren; reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela presidência da instância. O quórum será maioria simples dos membros formalmente designados, salvo norma específica mais restritiva.

Art. 5º Cada reunião será registrada em ata identificada, lista de presença, evidências e deliberações. Dados sigilosos serão acessados apenas por necessidade técnica, resguardados LGPD e sigilo profissional.

Art. 6º A instância enviará relatório gerencial trimestral à direção técnica e à comissão de monitoramento da parceria, observados indicadores e limites legais, e revisará seu regimento anualmente.

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Jan	Implantação e regimento; orientação ética, reuniões e relatórios reservados
Fev	Auditoria temática e plano corretivo; orientação ética, reuniões e relatórios reservados

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Mar	Monitoramento mensal de indicadores; orientação ética, reuniões e relatórios reservados
Abr	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; orientação ética, reuniões e relatórios reservados
Mai	Implantação e regimento; orientação ética, reuniões e relatórios reservados
Jun	Auditoria temática e plano corretivo; orientação ética, reuniões e relatórios reservados
Jul	Monitoramento mensal de indicadores; orientação ética, reuniões e relatórios reservados
Ago	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; orientação ética, reuniões e relatórios reservados
Set	Implantação e regimento; orientação ética, reuniões e relatórios reservados
Out	Auditoria temática e plano corretivo; orientação ética, reuniões e relatórios reservados
Nov	Monitoramento mensal de indicadores; orientação ética, reuniões e relatórios reservados
Dez	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; orientação ética, reuniões e relatórios reservados

V.2.1.05. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

Art. 1º Institui-se proposta de Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, de natureza técnica e consultiva, vinculada à gerência local e às normas próprias, sem substituir atribuições dos conselhos profissionais.

Art. 2º A composição por categoria profissional será: médico, enfermeiro CCIH, farmacêutico, laboratório, limpeza e qualidade. Os membros serão designados por ato escrito após verificação de habilitação e incompatibilidades.

Art. 3º São atribuições: definir vigilância, prevenir infecções, monitorar antimicrobianos e precauções, supervisionar surtos. As deliberações terão plano de providências, responsável e prazo de conclusão.

Art. 4º As reuniões ordinárias ocorrerão com periodicidade mensal e contingência epidemiológica; reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela presidência da instância. O quórum será maioria simples dos membros formalmente designados, salvo norma específica mais restritiva.

Art. 5º Cada reunião será registrada em ata identificada, lista de presença, evidências e deliberações. Dados sigilosos serão acessados apenas por necessidade técnica, resguardados LGPD e sigilo profissional.

Art. 6º A instância enviará relatório gerencial trimestral à direção técnica e à comissão de monitoramento da parceria, observados indicadores e limites legais, e revisará seu regimento anualmente.

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Jan	Implantação e regimento; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Fev	Auditoria temática e plano corretivo; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Mar	Monitoramento mensal de indicadores; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Abr	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Mai	Implantação e regimento; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Jun	Auditoria temática e plano corretivo; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Jul	Monitoramento mensal de indicadores; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Ago	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Set	Implantação e regimento; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Out	Auditoria temática e plano corretivo; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Nov	Monitoramento mensal de indicadores; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS
Dez	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; auditoria higiene mãos, notificações, vigilância IRAS

V.2.1.06. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Art. 1º Institui-se proposta de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, de natureza técnica e consultiva, vinculada à gerência local e às normas próprias, sem substituir atribuições dos conselhos profissionais.

Art. 2º A composição por categoria profissional será: representantes dos empregados e empregador conforme NR 5 e dimensionamento legal. Os membros serão designados por ato escrito após verificação de habilitação e incompatibilidades.

Art. 3º São atribuições: identificar perigos ocupacionais, investigar acidentes, promover medidas preventivas e acompanhar PGR. As deliberações terão plano de providências, responsável e prazo de conclusão.

Art. 4º As reuniões ordinárias ocorrerão com periodicidade mensal; reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela presidência da instância. O quórum será maioria simples dos membros formalmente designados, salvo norma específica mais restritiva.

Art. 5º Cada reunião será registrada em ata identificada, lista de presença, evidências e deliberações. Dados sigilosos serão acessados apenas por necessidade técnica, resguardados LGPD e sigilo profissional.

Art. 6º A instância enviará relatório gerencial trimestral à direção técnica e à comissão de monitoramento da parceria, observados indicadores e limites legais, e revisará seu regimento anualmente.

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Jan	Implantação e regimento; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Fev	Auditoria temática e plano corretivo; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Mar	Monitoramento mensal de indicadores; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Abr	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Mai	Implantação e regimento; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Jun	Auditoria temática e plano corretivo; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Jul	Monitoramento mensal de indicadores; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Ago	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Set	Implantação e regimento; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Out	Auditoria temática e plano corretivo; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Nov	Monitoramento mensal de indicadores; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção
Dez	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; mapa de riscos, inspeções e ações de prevenção

V.2.1.07. Comissão de Farmácia e Terapêutica

Art. 1º Institui-se proposta de Comissão de Farmácia e Terapêutica, de natureza técnica e consultiva, vinculada à gerência local e às normas próprias, sem substituir atribuições dos conselhos profissionais.

Art. 2º A composição por categoria profissional será: médico, farmacêutico, enfermagem, controle de infecções, financeiro. Os membros serão designados por ato escrito após verificação de habilitação e incompatibilidades.

Art. 3º São atribuições: padronizar medicamentos, avaliar uso seguro, quebras de estoque, farmacovigilância e custos. As deliberações terão plano de providências, responsável e prazo de conclusão.

Art. 4º As reuniões ordinárias ocorrerão com periodicidade bimestral; reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela presidência da instância. O quórum será maioria simples dos membros formalmente designados, salvo norma específica mais restritiva.

Art. 5º Cada reunião será registrada em ata identificada, lista de presença, evidências e deliberações. Dados sigilosos serão acessados apenas por necessidade técnica, resguardados LGPD e sigilo profissional.

Art. 6º A instância enviará relatório gerencial trimestral à direção técnica e à comissão de monitoramento da parceria, observados indicadores e limites legais, e revisará seu regimento anualmente.

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Jan	Implantação e regimento; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Fev	Auditoria temática e plano corretivo; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Mar	Monitoramento mensal de indicadores; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Abr	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Mai	Implantação e regimento; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Jun	Auditoria temática e plano corretivo; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Jul	Monitoramento mensal de indicadores; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Ago	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Set	Implantação e regimento; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Out	Auditoria temática e plano corretivo; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Nov	Monitoramento mensal de indicadores; padronização, farmacovigilância, análise de consumo
Dez	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; padronização, farmacovigilância, análise de consumo

V.2.1.08. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Art. 1º Institui-se proposta de Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, de natureza técnica e consultiva, vinculada à gerência local e às normas próprias, sem substituir atribuições dos conselhos profissionais.

Art. 2º A composição por categoria profissional será: PGRSS, enfermagem, farmácia, limpeza, qualidade, manutenção. Os membros serão designados por ato escrito após verificação de habilitação e incompatibilidades.

Art. 3º São atribuições: monitorar segregação, coleta, armazenamento, destino e documentação do prestador. As deliberações terão plano de providências, responsável e prazo de conclusão.

Art. 4º As reuniões ordinárias ocorrerão com periodicidade mensal; reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela presidência da instância. O quórum será maioria simples dos membros formalmente designados, salvo norma específica mais restritiva.

Art. 5º Cada reunião será registrada em ata identificada, lista de presença, evidências e deliberações. Dados sigilosos serão acessados apenas por necessidade técnica, resguardados LGPD e sigilo profissional.

Art. 6º A instância enviará relatório gerencial trimestral à direção técnica e à comissão de monitoramento da parceria, observados indicadores e limites legais, e revisará seu regimento anualmente.

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Jan	Implantação e regimento; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos
Fev	Auditoria temática e plano corretivo; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos
Mar	Monitoramento mensal de indicadores; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos
Abr	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos
Mai	Implantação e regimento; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos
Jun	Auditoria temática e plano corretivo; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos
Jul	Monitoramento mensal de indicadores; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos
Ago	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos
Set	Implantação e regimento; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos
Out	Auditoria temática e plano corretivo; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos
Nov	Monitoramento mensal de indicadores; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Dez	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; inspeções, rastreabilidade, manifestos e treinamentos

V.2.1.09. Núcleo de Segurança do Paciente

Art. 1º Institui-se proposta de Núcleo de Segurança do Paciente, de natureza técnica e consultiva, vinculada à gerência local e às normas próprias, sem substituir atribuições dos conselhos profissionais.

Art. 2º A composição por categoria profissional será: médico, enfermagem, farmacêutico, qualidade, TI e serviço social. Os membros serão designados por ato escrito após verificação de habilitação e incompatibilidades.

Art. 3º São atribuições: implantar Plano de Segurança do Paciente, analisar eventos e monitorar protocolos e riscos. As deliberações terão plano de providências, responsável e prazo de conclusão.

Art. 4º As reuniões ordinárias ocorrerão com periodicidade mensal e evento adverso; reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela presidência da instância. O quórum será maioria simples dos membros formalmente designados, salvo norma específica mais restritiva.

Art. 5º Cada reunião será registrada em ata identificada, lista de presença, evidências e deliberações. Dados sigilosos serão acessados apenas por necessidade técnica, resguardados LGPD e sigilo profissional.

Art. 6º A instância enviará relatório gerencial trimestral à direção técnica e à comissão de monitoramento da parceria, observados indicadores e limites legais, e revisará seu regimento anualmente.

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Jan	Implantação e regimento; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Fev	Auditoria temática e plano corretivo; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Mar	Monitoramento mensal de indicadores; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Abr	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Mai	Implantação e regimento; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Jun	Auditoria temática e plano corretivo; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Jul	Monitoramento mensal de indicadores; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Ago	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Set	Implantação e regimento; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Out	Auditoria temática e plano corretivo; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Nov	Monitoramento mensal de indicadores; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações
Dez	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; indicadores assistenciais, planos corretivos, notificações

V.2.1.10. Núcleo de Educação Permanente em Saúde

Art. 1º Institui-se proposta de Núcleo de Educação Permanente em Saúde, de natureza técnica e consultiva, vinculada à gerência local e às normas próprias, sem substituir atribuições dos conselhos profissionais.

Art. 2º A composição por categoria profissional será: enfermagem, medicina, RH, qualidade, segurança do paciente e apoio. Os membros serão designados por ato escrito após verificação de habilitação e incompatibilidades.

Art. 3º São atribuições: identificar necessidades, programar treinamentos, controlar frequência e medir resultados. As deliberações terão plano de providências, responsável e prazo de conclusão.

Art. 4º As reuniões ordinárias ocorrerão com periodicidade mensal; reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela presidência da instância. O quórum será maioria simples dos membros formalmente designados, salvo norma específica mais restritiva.

Art. 5º Cada reunião será registrada em ata identificada, lista de presença, evidências e deliberações. Dados sigilosos serão acessados apenas por necessidade técnica, resguardados LGPD e sigilo profissional.

Art. 6º A instância enviará relatório gerencial trimestral à direção técnica e à comissão de monitoramento da parceria, observados indicadores e limites legais, e revisará seu regimento anualmente.

Mês do ciclo anual	Atividade programada
Jan	Implantação e regimento; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Fev	Auditoria temática e plano corretivo; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Mar	Monitoramento mensal de indicadores; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Abr	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Mai	Implantação e regimento; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Jun	Auditoria temática e plano corretivo; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Jul	Monitoramento mensal de indicadores; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Ago	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Set	Implantação e regimento; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Out	Auditoria temática e plano corretivo; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Nov	Monitoramento mensal de indicadores; capacitações, simulações, avaliação de desempenho
Dez	Revisão de protocolos, devolutiva e plano seguinte; capacitações, simulações, avaliação de desempenho

V.2.2. Manual integral de acolhimento humanizado e apoio ao usuário

Ao ingresso, o atendente prestará orientação acessível sobre identificação, risco clínico e prioridade de atendimento; a classificação será explicada sem divulgação de informações médicas sensíveis. O tempo estimado será informado com base no fluxo real e reavaliado em casos de superlotação; atrasos clínicos críticos serão comunicados ao médico coordenador do turno.

Usuários e familiares em sofrimento emocional terão escuta qualificada e acionamento do assistente social e, se previsto no quadro, da psicologia. Situações de violência, vulnerabilidade social, óbito ou dificuldade de comunicação serão encaminhadas conforme fluxos da rede e notificações compulsórias.

São garantidas as condições legais de acompanhante a crianças, adolescentes, pessoas idosas, gestantes e pessoas com deficiência, ressalvadas restrições assistenciais justificadas e documentadas. Ambientes manterão sinalização acessível, apoio à mobilidade, assentos prioritários e recursos de comunicação alternativos. A prioridade legal não afasta a precedência determinada por risco clínico.

Notícias difíceis e óbitos serão comunicados por médico responsável, em ambiente reservado, com linguagem clara, verificação de compreensão, possibilidade de apoio psicossocial, registros pertinentes e orientação sobre trâmites e direitos. É vedada divulgação de dados clínicos a pessoa não autorizada.

V.2.3. Ouvidoria articulada e metodologia de satisfação

A Ouvidoria manterá atendimento presencial na recepção administrativa, canal telefônico institucional e formulário eletrônico no site da entidade, com número de protocolo, classificação, prazo e resposta. Manifestações de risco clínico ou denúncia grave terão comunicação imediata à gerência e à SEMUS. O prazo interno geral será de até 15 dias corridos, observados os prazos legais ou administrativos mais restritivos.

O relatório mensal à Ouvidoria SUS municipal conterá número e tipo de manifestações, tempo de resposta, providências, pendências e melhoria executada. A satisfação será apurada trimestralmente em amostra mínima de 5% dos atendimentos do período por unidade, com questionário de escala péssimo,

ruim, regular, bom e ótimo; meta de pelo menos 80% de avaliações bom ou ótimo. Amostra, confidencialidade e método serão submetidos à Comissão de Monitoramento antes da primeira aplicação.

V.2.4. Plano de transparência, prestação de contas e resultados

A Cruz Vermelha compromete-se a manter seção pública específica da parceria de Palmas na página institucional já existente https://cruzvermelhabrasileirasg.org/transparencia/ . O endereço será utilizado como ponto de acesso inicial, com criação de identificação própria para as UPAs Norte e Sul após a celebração. A prestação de contas e os resultados serão atualizados mensalmente, e o relatório de satisfação trimestralmente.

Serão divulgados o Termo de Colaboração, Plano de Trabalho aprovado, aditivos, valores de repasse, execução financeira, relatórios do Anexo VIII, resultados por indicador do Anexo II, equipe dirigente, canais de atendimento e informações previstas no art. 11 da Lei nº 13.019/2014, preservados dados pessoais e segredos protegidos. Responsável pela publicação: setor de transparência/controle interno da OSC, sob revisão do responsável administrativo-financeiro.

Haverá, ainda, mural físico em local de ampla visibilidade nas duas UPAs e na sede da entidade, com informações sobre a parceria, canal de ouvidoria, relatório resumido de metas e escala profissional, respeitado sigilo de dados pessoais não públicos.

V.2.5. Funcionamento das áreas assistenciais das duas UPAs

Componente	UPA Norte	UPA Sul
Classificação de risco	3 salas; enfermeiro habilitado, 24h, postos de enfermagem distribuídos por turno	4 salas; enfermeiro habilitado, 24h, equipe maior no diurno
Consultórios	4, com distribuição de clínicos, pediatra e ortopedista conforme demanda	5, com maior capacidade na concentração diurna
Sala de medicação	27 poltronas; protocolos de medicação, vigilância e reavaliação	30 poltronas; mesmos controles e dimensionamento local
Observação	35 leitos; 9 enfermeiros/18 técnicos dia; 8/15 noite na assistência interna de referência	38 leitos; 10 enfermeiros/20 técnicos dia; 8/17 noite
Estabilização	Equipe clínica de presença contínua, carrinho de emergência e regulação	Equipe clínica de presença contínua, carrinho de emergência e regulação
Imobilização	Atendimento ortopédico com equipe e materiais necessários	Atendimento ortopédico com equipe e materiais necessários

Postos de atendimento, sala de estabilização, observação e medicação serão dimensionados por criticidade e perfil de classificação de risco. As atividades de enfermagem da ambulância Tipo B são exclusivas, não computadas na assistência interna. Nenhuma categoria com atendimento presencial obrigatório será substituída por sobreaviso. Escalas serão atualizadas por competência e monitoradas por frequência e cobertura efetiva.

V.2.6. Organização do apoio diagnóstico e tempos de resposta

O laboratório de análises clínicas oferecerá exames essenciais de urgência e testes rápidos, com coleta identificada e rastreável, processamento próprio ou contratado sob SLA, validação de resultados e controle interno de qualidade. Radiologia deverá assegurar operação e laudo por profissional habilitado. A ultrassonografia terá posto diurno de seis horas por unidade, com fluxos de priorização e eventual acionamento de retaguarda pactuada. O ECG será realizado por equipe treinada, interpretado por médico habilitado, com integração ao prontuário.

Prioridade	Laboratório	Radiologia	ECG / USG
Vermelha	Disponibilização imediata de coleta; resultado prioritário	Acesso conforme estabilização e avaliação médica	ECG prioritário e interpretação clínica imediata; USG conforme

Prioridade	Laboratório	Radiologia	ECG / USG
	conforme tipo de teste		indicação
Laranja	Alvo de liberação até 60 minutos para exames urgentes ofertados	Alvo até 60 minutos quando indicado	ECG até 10 minutos em suspeita de síndrome coronariana; USG segundo triagem
Amarela	Alvo até 120 minutos	Alvo até 120 minutos	ECG e USG de acordo com indicação e disponibilidade clínica
Verde/Azul	Programação em até 240 minutos se houver indicação médica	Programação em até 240 minutos se indicada	Prioridade clínica, sem preterir urgências

Resultados críticos serão comunicados diretamente ao médico assistente com comprovação de leitura, registro de hora, profissional notificado e conduta subsequente. Os tempos acima são metas internas de organização, sujeitas à validação conforme capacidade instalada e contrato do serviço, sem substituir metas específicas do edital.

V.2.7. Organização dos serviços de apoio

Serviço	Cobertura e rotina de controle	Regime planejado
Farmácia	Farmacêutico 24h por escala de referência; dispensação identificada e controle por lote	Pessoal próprio e apoio contratual quando aplicável
CME e rouparia	Fluxo unidirecional com rastreabilidade de esterilização e retorno de roupa limpa	Serviço próprio ou terceirizado mediante contrato específico
Higienização	Plano por criticidade: áreas críticas a cada turno e quando necessário; comuns em rotina diária	Terceiro contratado por resultado, com fiscalização
Resíduos	Coleta segregada por grupo, abrigo externo e prova de destinação	Empresa licenciada para transporte/tratamento
Vigilância	Monitoramento patrimonial ininterrupto e registro de ocorrências	Empresa habilitada
Nutrição	285 refeições/dia por unidade, conforme parâmetro; nutricionista RT	Próprio ou contratado por escopo
Manutenção predial	Preventiva com calendário; emergências críticas atendimento imediato; OS e histórico	Contratação por especialidade ou manutenção própria
Equipamentos	Inventário e testes, contratos de manutenção e calibração; contingência para críticos	Engenharia clínica por contrato

Os prestadores terceirizados serão geridos pela OSC, com termo de referência interno, pesquisa de preços, contrato, indicadores de desempenho, fiscalização e retenções legais, sem execução do objeto em rede. A classificação financeira seguirá a natureza real de cada contratação; profissionais alocados diretamente em postos assistenciais integram o limite de pessoal quando assim definido no TR.

V.2.8. Contrarreferência, regulação e articulação com a rede

Após alta, o médico produzirá resumo de atendimento com diagnóstico, conduta, medicamentos, alertas e necessidade de seguimento. A unidade encaminhará informação essencial à APS por canal municipal pactuado em até 24 horas úteis para altas elegíveis, mantendo registro de envio e confirmação de recebimento. Casos de descompensação ou necessidade de retaguarda serão encaminhados à regulação com registro da decisão clínica e solicitação em até 60 minutos, sem imputar à OSC atrasos posteriores externos à sua atuação.

Para transferência de suporte básico será disponibilizada ambulância Tipo B por unidade, com condutor e técnico de enfermagem exclusivos e autorização da regulação. Para suporte avançado ou APH móvel, a Central SAMU 192 definirá o recurso adequado. Indicadores internos: percentual de contrarreferências elegíveis enviadas em até 24 horas úteis, meta 90%; percentual de solicitações de regulação registradas em até 60 minutos, meta 95%, medidos mensalmente.

V.2.9. Quadro de pessoal por área, vínculo, jornada e remuneração

O dimensionamento de base considera o Quadro 6 médico mínimo, o Quadro 7 de referência e a demanda operacional por turno. Os 40 itens do Quadro de Pessoal do Anexo VI estão reproduzidos na planilha financeira vinculada para cada UPA, com quadro por categoria, postos diurnos/noturnos, headcount, vínculo, jornada e remuneração. As categorias de execução terceirizada são discriminadas; não se confundem contratos por resultado com contratação de pessoas para ocupar postos.

Categoria de referência	Norte: dia/noite / pessoas	Sul: dia/noite / pessoas
Clínico médico	9 / 7 / dimensionamento próprio	9 / 7 / dimensionamento próprio
Pediatra	1 / 1 / dimensionamento próprio	1 / 1 / dimensionamento próprio
Ortopedista	1 / 1 / dimensionamento próprio	1 / 1 / dimensionamento próprio
Ultrassonografista	1 (6h) / 0	1 (6h) / 0
Enfermeiro assistencial	9 / 8 / 40	10 / 8 / 42
Técnico de enfermagem interno	18 / 15 / 76	20 / 17 / 86
Tripulação Tipo B	1 condutor + 1 técnico por turno, exclusivos	1 condutor + 1 técnico por turno, exclusivos

O Quadro 3 e as memórias analíticas do Anexo VI apresentam, por categoria e por unidade, o regime PJ, a jornada, a quantidade de postos, o efetivo dimensionado e a remuneração mensal correspondente, integralmente lançada na conta A.7. Os itens A.1 a A.6 permanecem sem custo autônomo neste modelo de contratação, conforme a própria proposta financeira assinada. As contratações e as condições remuneratórias observarão as normas profissionais, tributárias e trabalhistas efetivamente aplicáveis, inclusive pisos legais e instrumentos coletivos quando houver vínculo abrangido.

V.2.10. Organograma até terceiro nível e distribuição de competências

Nível 1	Nível 2	Nível 3: coordenações e rotinas
Presidência e governança institucional da OSC	Direção geral da parceria	Controladoria, compliance, apoio jurídico institucional
Direção geral da parceria	Gerência UPA Norte e UPA Sul	Coordenação clínica, RT médico, RT enfermagem e coord. operacional
Direção geral da parceria	Direção administrativo-financeira	Finanças, RH, compras, contratos, faturamento e patrimônio
Direção geral da parceria	Qualidade e segurança	NSP, CCIH, NVE, educação permanente, ouvidoria e LGPD

As linhas de subordinação são: Presidência institucional → Direção geral da parceria → Gerência local e direções funcionais → Coordenações setoriais. A direção técnica médica responde pelas condições de exercício da medicina e regulação profissional; a RT de enfermagem responde pela assistência e supervisão de enfermagem; a coordenação administrativo-financeira supervisiona orçamento, compras e prestação de contas. Assessoria jurídica e auditoria reportam-se à governança sem ingerência em decisões clínicas.

V.2.11. Normas de seleção, contratação, desempenho e absenteísmo

O recrutamento ocorrerá mediante divulgação de aviso ou edital público no sítio institucional, descrição de vagas e requisitos, critérios técnicos objetivos, entrevista por banca com prevenção de conflitos de interesse e resultado motivado; cadastro de reserva será mantido durante a parceria. A contratação exigirá registro profissional, verificação documental, exames ocupacionais, contrato e integração antes do início da escala.

A avaliação de desempenho será trimestral, com ficha individual de assiduidade, segurança do paciente, qualidade de prontuário, aderência a protocolos, resultado de capacitação e comunicação com

usuários. Haverá devolutiva e plano de melhoria, respeitadas regras trabalhistas. Meta interna de absenteísmo não programado até 3% da carga contratada, com ação corretiva quando ultrapassada. Substituição de faltas críticas deverá ser acionada imediatamente e concluída antes do início da assistência sem cobertura; vacâncias administrativas em até 15 dias, salvo justificada indisponibilidade de mercado, documentada e mitigada.

O desligamento compreenderá devolução de crachá, acessos, equipamentos, conferência de prontuários pendentes, pagamento das verbas legais e acionamento do cadastro de reserva, com atualização tempestiva do CNES.

V.2.12. Programa anual de educação permanente

Público-alvo	Conteúdo / carga anual	Avaliação
Médicos	Classificação de risco, dor torácica, AVC, sepse, trauma, 24 horas	Simulações, tempos clínicos e auditoria de prontuário
Enfermagem	Acolhimento, medicamento seguro, PCR, monitorização, biossegurança, 32 horas	Observação técnica, checklist, eventos adversos
Farmácia, SADT e logística	Controle de estoque, cadeia fria, resultados críticos, resíduos, 16 horas	Rastreabilidade e taxa de não conformidade
Administrativo e TI	LGPD, integridade, compras, transparência e faturamento SUS, 20 horas	Auditoria, sigilo e qualidade de dados
Transporte e apoio	Segurança viária, SBV, comunicação, prevenção de incêndio, 16 horas	Simulado e conformidade operacional

Cronograma anual: meses 1 e 2 integração e capacitação de protocolos prioritários; meses 3 e 4 dor torácica e AVC; meses 5 e 6 sepse, trauma e transporte; meses 7 e 8 segurança do paciente e medicamentos; meses 9 e 10 gestão de dados, resíduos e ética; meses 11 e 12 simulações integradas, reavaliação e plano seguinte. O Núcleo de Educação Permanente e os responsáveis técnicos coordenarão registros de frequência, carga horária, avaliação antes/depois e certificado de participação.

Indicadores: capacitação anual de pelo menos 90% da equipe ativa nos módulos obrigatórios; cumprimento de pelo menos 95% das ações programadas; melhoria de 10 pontos percentuais no índice de aderência aos protocolos selecionados em auditoria semestral. Revisão trimestral de conteúdo a partir de incidentes e resultados.

6. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E EXPERIÊNCIA INSTITUCIONAL

A CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, FILIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO, apresenta experiência efetiva na gestão de serviço hospitalar de urgência e emergência em funcionamento ininterrupto, demonstrada pelo Contrato de Gestão nº 0037/2021 e pelo atestado oficial do Hospital Dr. Luiz Palmier, CNES nº 2292084, ambos em suas vias autenticadas. A execução compreendeu 48 meses completos, de 01/09/2021 a 31/08/2025, com gestão de porta hospitalar de urgência e emergência, estabilização, observação, internação, terapia intensiva, centro cirúrgico, serviços diagnósticos e equipes multiprofissionais. O enquadramento é realizado diretamente no item V.3.3 do Anexo V, que contempla pronto-socorro hospitalar ou outro serviço de urgência e emergência de funcionamento ininterrupto.

6.1. FORMULÁRIO V-B | EXPERIÊNCIA ANTERIOR: TEMPO DE GESTÃO

Linha	Unidade gerida	CNES	Mantenedora / instrumento	Início	Término	Meses	Fls.
V.3.3	Hospital Dr. Luiz Palmier	2292084	Município de São Gonçalo / Contrato nº 0037/2021	01/09/2021	31/08/2025	48	49 a 68

Linha adotada: V.3.3. Tempo de gestão comprovado: 48 meses completos. Conforme o Anexo V, a faixa de 36 a 59 meses de gestão de pronto-socorro hospitalar ou outro serviço de urgência e emergência

ininterrupto corresponde a 4,50 pontos. A documentação original comprobatória integra este envelope, com identificação do estabelecimento, instrumento jurídico, período de execução, serviços prestados e entidade mantenedora. A classificação técnica decorre do próprio objeto e das atividades certificadas pela autoridade emitente.

6.2. FORMULÁRIO V-C | EXPERIÊNCIA ANTERIOR: UNIDADES GERIDAS

Unidade gerida	CNES	Mantenedora	Início	Término	Meses	Fls.
Hospital Dr. Luiz Palmier	2292084	Município de São Gonçalo	01/09/2021	31/08/2025	48	49 a 68

Experiência apresentada: uma unidade de urgência e emergência gerida por período superior a 12 meses, correspondente ao Hospital Dr. Luiz Palmier, CNES nº 2292084. Para o item V.3.4, o Quadro 12 atribui 3,00 pontos à gestão comprovada de uma unidade. O serviço ambulatorial próprio da Cruz Vermelha, CNES nº 4680294, integra a comprovação específica do item V.3.5.

6.3. V.3.5 | SERVIÇO AMBULATORIAL PRÓPRIO

A Cruz Vermelha mantém Policlínica em São Gonçalo/RJ, CNES nº 4680294, situada na Rua Doutor Nilo Peçanha, nº 475, Loja 01 Parte, com oito consultórios de clínicas especializadas e atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h. O início cadastral informado é 13/06/2024. A comprovação de situação cadastral e do vínculo com o CNPJ da participante deverá ser realizada exclusivamente com o comprovante CNES original, não por transcrição.

6.4. FORMULÁRIO V-D | PROFISSIONAIS INDICADOS

Função	Nome	CPF	Formação	Conselho e registro	Experiência	Fls.
Responsável Técnico Médico	Nairo Stefanello da Silva Junior	006.036.850-05	Graduação em Medicina, Unochapecó, 2015	CRM/SP 193465	Urgência e emergência. CTPS, currículo e comprovantes oficiais.	T 7
Responsável administrativo-financeiro	Nairo Stefanello da Silva Junior	006.036.850-05	Graduação em Medicina, Unochapecó, 2015	CRM/SP 193465	Gestão de unidades de saúde; vínculo 08/09/2020 a 02/02/2026.	T 7

As duas indicações integram a mesma proposta, mas cada uma será formalizada por termo próprio, com anuência expressa de Nairo e assinatura do representante legal. Os termos serão juntados ao Envelope nº 1 apenas após assinatura eletrônica de ambos. As responsabilidades operacionais por unidade e os registros perante o conselho profissional serão definidos conforme o Plano de Trabalho e a regulamentação aplicável.

7. COMPATIBILIDADE OPERACIONAL E FINANCEIRA

A proposta financeira final assinada, correspondente ao Anexo VI do Termo de Referência, integra o Envelope nº 1 em documento próprio, preservado integralmente. O valor global para 12 meses é R$ 81.557.366,16, sendo R$ 40.196.598,24 para a UPA Norte e R$ 41.360.767,92 para a UPA Sul. O regime de pessoal é PJ, com remunerações segregadas na conta A.7 do Anexo VI.

Parâmetro	UPA Norte	UPA Sul	Consolidado
Custeio mensal	R$ 3.349.716,52	R$ 3.446.730,66	R$ 6.796.447,18
Custeio anual	R$ 40.196.598,24	R$ 41.360.767,92	R$ 81.557.366,16
Recursos humanos / mês	R$ 2.235.914,66	R$ 2.286.262,91	R$ 4.522.177,57
Efetivo do Quadro 3	266	278	544
Médicos diurnos / noturnos	12 / 9	12 / 9	Cobertura por UPA

Para o critério V.2.9, consideram-se os 40 itens do Quadro 3 da Proposta Financeira assinada, preservados por unidade, com escalas, postos, efetivos e remunerações mensais. Os postos médicos clínicos são 9 diurnos e 7 noturnos, acrescidos dos perfis de pediatria e ortopedia, e do ultrassonografista diurno, resultando na cobertura médica de referência de 12 postos diurnos e 9 noturnos por UPA. Não há somatório indevido entre as contas de pessoal PJ e CLT.

8. CONTINUIDADE ASSISTENCIAL E GESTÃO DE RISCOS

Risco operacional	Prevenção e resposta	Evidência mínima
Demanda acima da capacidade	Classificação de risco, revisão de fluxos, escalonamento assistencial e regulação de transferências	Mapa de filas, escalas e ocorrências
Ruptura de medicamentos e insumos	Estoque mínimo, inventário e fornecedores alternativos	Rastreio de estoque e ordens de compra
Indisponibilidade de equipamentos	Plano de manutenção, reserva funcional e acionamento de contingência	Ordens de serviço e checklist
Interrupção de energia ou conectividade	Grupo gerador, cópias de segurança e prontuário de contingência	Registro de testes e incidentes
Ausência de profissionais	Escalas substitutas e contrato PJ com cobertura de afastamentos	Escala, substituição e comprovação de prestação
Evento adverso	Notificação, investigação e ação corretiva pelo Núcleo de Segurança do Paciente	Relatórios, análises e melhorias

8.1. Cronograma de transição e mobilização

Marco de implantação	Providências	Registro de comprovação
Dias 1 a 15	Inventário, vistoria de infraestrutura, cadastro de responsáveis, planejamento das escalas, suprimentos e TI	Termos e listas de conferência
Dias 16 a 30	Mobilização integral, testes de sistemas, simulações, rotinas de segurança e comunicação com a rede	Escalas, registros de teste e treinamento
Dias 31 a 60	Monitoramento assistencial, ajuste de fluxos, indicadores e auditoria inicial	Painel de indicadores e plano de ação
Dias 61 a 90	Primeira revisão gerencial das metas, custos e riscos das duas unidades	Relatório técnico e financeiro segregado

9. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS ORIGINAIS PARA JUNTADA

Os comprovantes emitidos por órgãos públicos e terceiros integram a documentação de origem deste Envelope nº 1, preservados integralmente em seus PDFs originais, sem transcrição, reconstrução ou alteração de assinaturas. As referências de folhas constantes dos Formulários V-A, V-B, V-C e V-D correspondem à ordem documental consolidada para impressão em A4.

Referência	Peça original	Elementos relacionados
T1	Atestado de capacidade técnica institucional, 7 páginas, com assinaturas e reconhecimento	Experiência em ações de saúde; serviço próprio e abrangência institucional
T2	Contrato de Gestão Hospitalar nº 0037/2021, 8 páginas, com assinaturas e selos	Base jurídica e período da gestão hospitalar
T3	Atestado hospitalar de 12 páginas, com assinaturas e reconhecimentos	Gestão hospitalar 48 meses, urgência, emergência, UTI e administração
T4	Comprovante CNES da Policlínica nº 4680294	Serviço próprio V.3.5
T5	Diploma de Medicina de Nairo e CTPS Digital assinada pela Dataprev	Formação e experiência dos responsáveis
T6	Certidões originais do CREMESP e currículo de Nairo	Registro e qualificação profissional
T7	Dois termos de indicação e anuência de Nairo, após assinaturas	V.3.6 e V.3.7
T8	Declaração substitutiva de visita técnica, página 8 de Declaracoes.pdf	TR, item 14.9.3

Referência	Peça original	Elementos relacionados
F1	Proposta Financeira Anexo VI assinada, 30 páginas	Composição e quadro de pessoal das UPAs

A cadeia de comprovação está organizada por órgão emissor, instrumento, unidade gerida, período de execução e vinculação ao critério correspondente. Os arquivos digitais originais acompanham a versão para impressão, permitindo verificar assinaturas, integridade documental e rastreabilidade.

10. ASSINATURA INSTITUCIONAL

A proponente apresenta proposta técnica única para gestão e execução das duas unidades de pronto atendimento, com desempenho assistencial acompanhado por indicadores, regimentos e mecanismos de fiscalização, conforme o Termo de Referência e o Anexo V. A validade da proposta é de 120 dias contados da sessão pública de abertura.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL DO MUNICIPIO DE S:25073538000157

Assinado de forma digital por CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL DO MUNICIPIO DE S:25073538000157
Dados: 2026.11.05 09:52:10 -04'00'

ANDRÉ COSTA EMERICK

Presidente e representante legal

Assinatura eletrônica. Data e horário conforme certificado de assinatura.

TERMO DE REFERÊNCIA, ITEM 14.9.3

DECLARAÇÃO SUBSTITUTIVA DA VISITA TÉCNICA

Chamamento Público nº 001/2026 | Secretaria Municipal da Saúde de Palmas/TO

A CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, FILIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO, inscrita no CNPJ sob o nº 25.073.538/0001-57, por intermédio de seu representante legal, DECLARA, para os fins do item 14.9.3 do Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026, que conhece integralmente as condições e as instalações das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e Sul, Gerson Pires de Aguiar, do Município de Palmas/TO, e que assume inteira responsabilidade por eventual desconhecimento, não lhe cabendo, por esse motivo, pleito de alteração do valor da parceria, de alteração de metas ou de prorrogação de prazos.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL DO MUNICIPIO DE S:25073538000157

Assinado de forma digital por CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL DO MUNICIPIO DE S:25073538000157
Dados: 2026.11.05 09:52:25 -04'00'

ANDRÉ COSTA EMERICK
Presidente e representante legal
Assinatura eletrônica. Data e horário conforme o certificado de assinatura.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA
FILIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO

CNPJ 25.073.538/0001-57 | coordenacaorr@cruzvermelhabrasileirasg.org

TERMO DE INDICAÇÃO E ANUÊNCIA

RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO | ANEXO V, ITEM V.3.6

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026 | RETIFICAÇÃO Nº 002/2026
Processo SEI 17.137010.000064/2026-78

Campo	Identificação
Proponente	CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, FILIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO
Profissional indicado	Nairo Stefanello da Silva Junior
CPF	006.036.850-05
Formação	Graduação em Medicina, Unochapecó, 2015
Conselho profissional	CRM/SP 193465
Função indicada	Responsável Técnico Médico

1. INDICAÇÃO

A CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, FILIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO, CNPJ nº 25.073.538/0001-57, representada pelo Presidente André Costa Emerick, INDICA NAIRO STEFANELLO DA SILVA JUNIOR para a função de Responsável Técnico Médico, para avaliação da Proposta Técnica do Chamamento Público nº 001/2026, item V.3.6 do Anexo V.

2. QUALIFICAÇÃO

A qualificação decorre do diploma de Medicina, do registro profissional e das certidões CREMESP, do currículo e dos documentos de experiência assistencial em urgência e emergência, notadamente a CTPS Digital e os documentos originais apresentados.

3. ANUÊNCIA E DISPONIBILIDADE

O profissional manifesta anuência expressa à indicação e disponibilidade para o desempenho das atribuições que forem regularmente pactuadas, observadas as exigências legais, a compatibilidade entre as funções indicadas, os registros perante os conselhos competentes e a designação operacional no Plano de Trabalho. As informações e os comprovantes apresentados correspondem aos documentos originais juntados.

ASSINATURAS ELETRÔNICAS
Data e horário conforme os respectivos certificados de assinatura.

ANDRÉ COSTA EMERICK
Presidente da Cruz Vermelha

NAIRO STEFANELLO DA SILVA JUNIOR:00603685005
Assinado de forma digital por NAIRO STEFANELLO DA SILVA JUNIOR:00603685005
Dados: 2026.11.05 11:13:51 -03'00'

NAIRO STEFANELLO DA SILVA JUNIOR
Profissional indicado e anuente