



MUNICÍPIO DE VISCONDE DO RIO BRANCO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Visconde do Rio Branco, 02 de março de 2026.

OFÍCIO GAB/PREF Nº 043/2026

**Exmo. Sr. Marinho José de Almeida Neto Presidente
da Câmara**

Senhor Presidente,

Cumprimentando-o cordialmente, encaminho, em anexo, os relatórios parciais referentes aos trabalhos de auditoria em andamento. Considero importante registrar que, até o momento, a equipe responsável encontra-se impossibilitada de avançar na análise, uma vez que a documentação necessária para a continuidade dos procedimentos ainda não foi apresentada integralmente.

A ausência desses documentos impede a conclusão das etapas previstas, o que poderá comprometer os prazos e a consistência técnica do relatório final. Assim, reforço a necessidade de que as informações pendentes sejam disponibilizadas com brevidade, de modo a permitir o regular prosseguimento da auditoria.

Renovo minha disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Luiz Fábio Antonucci Filho

Prefeito Municipal



2026

PROPOSTA PARA INTERVENÇÃO

Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	2
2.	MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS.....	2
2.1.	LEI COMPLEMENTAR 187/2021 - CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADES BENEFICENTES	2
2.2.	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR (PNHOSP) - PORTARIA 3.390/2013.....	2
2.3.	REGULAMENTAÇÕES DA ANVISA - SEGURANÇA E QUALIDADE	3
2.4.	CRITÉRIOS DE ACREDITAÇÃO DA ONA - EXCELÊNCIA OPERACIONAL	3
2.5.	PRINCÍPIOS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA DO IBGC.....	4
3.	ESTRUTURA DOS ÓRGÃOS DE GOVERNANÇA.....	4
3.1.	CONSELHO DELIBERATIVO.....	4
3.2.	COMITÊS DE ACESSORAMENTO AO CONSELHO	5
3.3.	CONSELHO FISCAL	6
3.4.	DIRETORIA EXECUTIVA	6
4.	PLANO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO – 180 DIAS	6
4.1.	EIXOS ESTRATÉGICOS	7
4.2.	SUGESTÃO DE CRONOGRAMA DE AÇÕES (GANTT simplificado)	7
4.3.	DETALHAMENTO POR EIXO	11
4.4.	EQUIPE GESTORA DE INTERVENÇÃO (GRUPO GESTOR): PERFIS, COMPETÊNCIAS E ESTRUTURA.....	13
4.5.	ESTRUTURA DO GRUPO GESTOR: NÚCLEO DURO E NÚCLEO AMPLIADO.....	14
4.6.	PERFIS DETALHADOS DO NÚCLEO DURO	14
4.6.1.	RT MÉDICO / DIRETOR TÉCNICO (GOVERNANÇA CLÍNICA).....	14
4.6.2.	GERENTE ASSISTENCIAL / RT ASSISTENCIAL (ENFERMAGEM E MULTIPROFISSIONAL)	15
4.6.3.	GERENTE OPERACIONAL HOSPITALAR	16
4.6.4.	GERENTE ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO	17
4.6.5.	COORDENADOR DE ENFERMAGEM.....	18
4.6.6.	COORDENADOR DE FARMÁCIA HOSPITALAR	18
4.6.7.	COORDENADOR DE HOTELARIA.....	19
4.6.8.	COORDENADOR DE MANUTENÇÃO OU ENGENHARIA CLÍNICA.....	20
4.7.	PERFIS DETALHADOS DO NÚCLEO AMPLIADO	21
4.7.1.	COORDENAÇÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	21
4.7.2.	COORDENAÇÃO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	22
4.7.3.	COORDENAÇÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	23
4.7.4.	REGULAÇÃO / INTERFACE SUS.....	24
5.	ANEXOS	25
5.1.	WAR ROOM (Sala de Situação).....	25
5.2.	MATRIZ DE RESPONSABILIDADES – RACI – pós assinatura	29

1. INTRODUÇÃO

O Hospital São João Batista, é uma instituição de saúde essencial para o município de Visconde do Rio Branco, Minas Gerais, que apresenta desafios significativos em sua gestão operacional, conformidade regulatória e governança institucional que podem comprometer a qualidade e segurança da assistência prestada à população.

A presente proposta de intervenção fundamenta-se em marcos legais, diretrizes técnicas e princípios de governança reconhecidos nacionalmente e internacionalmente, conforme apresentado nas seções subsequentes. Esta fundamentação multidimensional garante que a intervenção não apenas resolva problemas operacionais específicos, mas também estabeleça bases sólidas para gestão de excelência alinhada com os mais altos padrões de qualidade e segurança em saúde.

2. MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS

2.1. LEI COMPLEMENTAR 187/2021 - CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADES BENEFICENTES

A Lei Complementar 187, de 16 de dezembro de 2021, estabelece o marco regulatório para certificação de entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social. Esta lei é particularmente relevante para instituições de saúde que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ou em complementaridade com o SUS.

A Lei Complementar 187 estabelece requisitos fundamentais que as entidades beneficentes de saúde devem atender para manter sua certificação e benefícios fiscais associados. Dentre estes requisitos, destacam-se a necessidade de conformidade com normas brasileiras de contabilidade, transparência financeira, aplicação mínima de percentual da receita em gratuidade (20%), ou 60% SUS e conformidade com diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e demais órgãos reguladores.

Especificamente, a Lei Complementar 187 exige que as entidades beneficentes da área da saúde demonstrem conformidade com requisitos de governança, transparência e eficiência operacional. A certificação depende da manifestação do Ministério da Saúde, cabendo às autoridades executivas certificadoras supervisionar esse atendimento, as quais poderão, **a qualquer tempo, determinar a apresentação de documentos, a realização de auditorias ou o cumprimento de diligências. São competentes** para representar, motivadamente, sem prejuízo das atribuições do Ministério Público: I - **o gestor municipal** ou estadual do SUS, bem como o gestor federal, estadual, distrital ou municipal de educação (§ 1º, inciso I do Art. 38 da LC 187)

A intervenção a ser proposta pela Prefeitura de Visconde do Rio Branco visa garantir que o Hospital São João Batista atenda aos requisitos estabelecidos pela Lei Complementar 187, particularmente no que diz respeito à governança institucional, transparência financeira e conformidade com diretrizes de qualidade e segurança.

2.2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR (PNHOSP) - PORTARIA 3.390/2013

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pela Portaria 3.390 de 30 de dezembro de 2013, estabelece as diretrizes para organização do modelo de atenção hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. A PNHOSP reconhece os hospitais como organizações

complexas, destinadas à prestação de assistência conforme perfil epidemiológico da população, e estabelece requisitos para sua organização, funcionamento e avaliação.

A PNHOSP define que os hospitais devem estar integrados na rede de atenção à saúde, com clara definição de sua função e responsabilidades. A política estabelece requisitos relacionados à qualidade assistencial, segurança do paciente, eficiência operacional e sustentabilidade financeira. Adicionalmente, a PNHOSP **ênfatiza a importância da avaliação contínua do desempenho hospitalar através de indicadores de qualidade, segurança e eficiência.**

O Ministério da Saúde, através da PNHOSP, estabelece que os hospitais devem implementar sistemas de governança que garantam a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a eficiência operacional. A política também estabelece requisitos relacionados à infraestrutura física, recursos humanos, processos e procedimentos, e sistemas de informação.

2.3. REGULAMENTAÇÕES DA ANVISA - SEGURANÇA E QUALIDADE

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece regulamentações técnicas que definem requisitos mínimos para o funcionamento seguro e eficiente de estabelecimentos de saúde. As principais regulamentações aplicáveis a hospitais incluem a Resolução RDC 50/2002, que estabelece requisitos para planejamento e programação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais, e a Resolução RDC 15/2012, que estabelece requisitos de boas práticas para processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde.

A RDC 50/2002 estabelece padrões técnicos para infraestrutura hospitalar, incluindo requisitos relacionados a espaços físicos, sistemas de utilidades (água, energia, ar comprimido), sistemas de prevenção de incêndio e segurança, e acessibilidade. A resolução também estabelece requisitos específicos para diferentes áreas do hospital, como unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos, maternidades e áreas de isolamento.

A RDC 15/2012 estabelece requisitos para boas práticas no processamento de artigos, incluindo limpeza, desinfecção e esterilização. Esta resolução é fundamental para a prevenção de infecções hospitalares e para a segurança do paciente.

Adicionalmente, a ANVISA estabelece requisitos relacionados à segurança do paciente, controle de infecção, gestão de resíduos, e outros aspectos críticos para o funcionamento seguro de estabelecimentos de saúde.

A intervenção proposta pela Prefeitura visa garantir que o Hospital São João Batista atenda aos requisitos estabelecidos pela ANVISA, através da implementação de melhorias na infraestrutura, processos e procedimentos de segurança e qualidade.

2.4. CRITÉRIOS DE ACREDITAÇÃO DA ONA - EXCELÊNCIA OPERACIONAL

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma entidade não governamental responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde. A ONA estabelece critérios de acreditação que avaliam o desempenho de organizações de saúde em relação a padrões de qualidade, segurança e eficiência operacional.

A ONA oferece três níveis de acreditação: Nível 1 (Acreditado), que exige conformidade de 70% ou mais com padrões de qualidade e segurança; Nível 2 (Acreditado Pleno), que exige conformidade de 80% ou mais com critérios de qualidade e eficiência organizacional; e Nível 3 (Acreditado com Excelência), que exige conformidade de 90% ou mais com padrões avançados.

Os critérios de acreditação da ONA cobrem diversas áreas, incluindo segurança do paciente, gestão e liderança, qualidade assistencial, infraestrutura, recursos humanos, processos e procedimentos, e gestão de riscos. A ONA reconhece que a qualidade em saúde é multidimensional e requer atenção a múltiplos aspectos da organização.

A intervenção proposta visa melhorar o desempenho do Hospital São João Batista em relação aos critérios de acreditação da ONA, estabelecendo as bases para busca futura de acreditação formal e reconhecimento de excelência operacional.

2.5. PRINCÍPIOS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA DO IBGC

O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) estabelece princípios fundamentais de governança que são aplicáveis a organizações de diversos setores, incluindo saúde. Os cinco princípios fundamentais de governança corporativa estabelecidos pelo IBGC são: integridade, transparência, equidade, responsabilização (accountability) e sustentabilidade.

Integridade refere-se à necessidade de que os agentes de governança atuem com ética, honestidade e conformidade com leis e regulamentações. A integridade é fundamental para construir confiança nas organizações e garantir que as decisões sejam tomadas no melhor interesse da organização e de suas partes interessadas.

Transparência exige que os agentes de governança comuniquem de forma clara, concisa, compreensível e tempestiva sobre as ações, decisões e resultados da organização. A transparência favorece o desenvolvimento dos negócios e estimula um ambiente de confiança para o relacionamento de todas as partes interessadas.

Equidade refere-se ao tratamento justo e igualitário de todas as partes interessadas na organização, incluindo colaboradores, pacientes, fornecedores e comunidade. A equidade garante que os benefícios e responsabilidades da organização sejam distribuídos de forma justa.

Responsabilização (accountability) exige que os agentes de governança prestem contas de sua atuação de modo claro e assumam integralmente as consequências de suas ações. A responsabilização garante que os agentes de governança sejam responsáveis por suas decisões e ações.

Sustentabilidade refere-se à capacidade da organização de gerar valor a longo prazo para a organização e para a sociedade, considerando aspectos econômicos, sociais e ambientais. A sustentabilidade garante que a organização possa continuar a cumprir sua missão e servir suas partes interessadas de forma contínua.

3. ESTRUTURA DOS ÓRGÃOS DE GOVERNANÇA

A estrutura proposta é composta por órgãos **estratégicos, de fiscalização e de gestão**, com papéis e responsabilidades claramente definidos para evitar sobreposições e garantir a segregação de funções.

3.1. CONSELHO DELIBERATIVO

É o órgão máximo da governança, responsável pela guarda da missão e pela direção estratégica do hospital. Atua como o "guardião do propósito" da instituição.

Composição:

Mínimo de 5 e máximo de 9 membros, com mandatos de 2 anos, permitida a reeleição. A composição deve ser diversificada, incluindo:

- Membros da comunidade com notório saber.
- Representantes dos fundadores ou da entidade mantenedora.
- Especialistas independentes (com experiência em saúde, finanças, direito, gestão).
- É vedada a participação de membros da Diretoria Executiva como membros votantes.

Principais Responsabilidades:

- Definir e revisar a missão, a visão e os valores do hospital.
- Aprovar o Planejamento Estratégico e o orçamento anual.
- Eleger, destituir e avaliar o Diretor-Presidente (CEO).
- Supervisionar a gestão da Diretoria Executiva.
- Aprovar as políticas-chave (Compliance, Gestão de Riscos, Qualidade).
- Deliberar sobre a venda de ativos, endividamentos de grande porte e alterações estatutárias.

3.2. COMITÊS DE ASSESSORAMENTO AO CONSELHO

Para aprofundar a análise de temas complexos, o Conselho Deliberativo será apoiado por **comitês técnicos, formados por conselheiros e especialistas externos**.

A) COMITÊ DE AUDITORIA, RISCOS E COMPLIANCE (OBRIGATÓRIO):

Missão: Supervisionar a qualidade e integridade das demonstrações financeiras, a eficácia dos controles internos, a gestão de riscos e a efetividade do programa de compliance.

Atribuições: Revisar os relatórios da auditoria interna e externa, monitorar o Canal de Denúncias, aprovar a matriz de riscos e garantir a conformidade com a Lei Anticorrupção e a RDC 63 da ANVISA.

B) COMITÊ DE QUALIDADE ASSISTENCIAL E SEGURANÇA DO PACIENTE (REQUISITO ONA):

Missão: Assegurar que a estratégia da organização esteja alinhada à prestação de um cuidado seguro e de alta qualidade.

Atribuições: Monitorar os indicadores de qualidade e segurança (ex: eventos adversos, taxas de infecção), avaliar a satisfação dos pacientes, e supervisionar a implementação de protocolos clínicos e planos de melhoria contínua.

C) COMITÊ DE PESSOAS E GOVERNANÇA:

Missão: Zelar pela perenidade e profissionalização da liderança e da governança.

Atribuições: Liderar o processo de indicação de novos conselheiros, planejar a sucessão do Diretor-Presidente, e propor políticas de remuneração e desenvolvimento para a alta liderança.

3.3. CONSELHO FISCAL

Órgão independente, eleito pela assembleia geral ou órgão equivalente, com a responsabilidade legal de fiscalizar os atos da administração e a gestão financeira do hospital.

Composição: 3 membros efetivos e 3 suplentes, com mandato de 1 ano.

Principais Responsabilidades:

- Examinar e emitir parecer sobre as demonstrações financeiras trimestrais e anuais.
- Denunciar ao Conselho Deliberativo erros, fraudes ou crimes que descobrir.
- Convocar a Assembleia Geral se o Conselho Deliberativo retardar a convocação por mais de um mês.

3.4. DIRETORIA EXECUTIVA

É o órgão responsável pela gestão do dia a dia do hospital, liderado pelo Diretor-Presidente (CEO) e composto por diretores funcionais. Sua função é executar a estratégia definida pelo Conselho Deliberativo.

Composição:

- Diretor-Presidente (CEO): Profissional de mercado, contratado, com experiência comprovada em gestão hospitalar.
- Diretor Clínico/Assistencial (CMO): Responsável pela gestão do corpo clínico, qualidade assistencial e segurança do paciente.
- Diretor Administrativo-Financeiro (CFO/CAO): Responsável pelas áreas de finanças, contabilidade, suprimentos, infraestrutura e TI.
- Compliance Officer: Cargo com reporte administrativo ao Diretor-Presidente, mas com canal de acesso direto e independente ao Comitê de Auditoria, Riscos e Compliance, garantindo autonomia para investigar e reportar desvios.

4. PLANO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO – 180 DIAS

- Este Plano de Intervenção foi elaborado para guiar as ações da Prefeitura Municipal no Hospital Filantrópico, com um horizonte de 180 dias.
- O objetivo é estabilizar a operação, garantir a continuidade da assistência à população, implementar uma nova estrutura de governança profissional e criar as bases para a sustentabilidade de longo prazo da instituição.
- O plano está estruturado em **05 eixos estratégicos, com fases, ações, responsáveis e indicadores de sucesso para cada um.**

4.1. EIXOS ESTRATÉGICOS

1. Governança e Estabilização da Liderança: Reestruturar o poder decisório e instalar uma gestão profissional.
2. Estabilização Financeira e Transparência: Assumir o controle do caixa, renegociar dívidas e garantir transparência nos gastos.
3. Garantia da Qualidade e Segurança Assistencial: Focar na segurança do paciente e na qualidade dos serviços essenciais.
4. Gestão de Pessoas e Clima Organizacional: Comunicar, engajar e estabilizar o corpo funcional.
5. Relações Institucionais e Comunicação: Gerenciar a comunicação com a sociedade, imprensa e órgãos de controle.

4.2. SUGESTÃO DE CRONOGRAMA DE AÇÕES (GANTT simplificado) 1

- Este documento apresenta um cronograma de ações detalhado para as **primeiras quatro semanas da intervenção no hospital**.
- O objetivo é fornecer um guia prático e integrado para o Grupo Gestor, traduzindo as responsabilidades de cada membro em um plano de trabalho coeso e focado em resultados rápidos.
- O cronograma está dividido semanalmente, com foco em temas centrais para cada período.

SEMANA 1: ESTABILIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO E CONTROLE

Tema Central: Assumir o controle da operação, comunicar a chegada da intervenção, e iniciar um diagnóstico rápido para entender a real situação do hospital.

RESPONSÁVEL	AÇÃO CHAVE	META	PRAZO
Diretor Geral/Interventor	Apresentação oficial do Grupo Gestor a todas as lideranças do hospital.	Reunião realizada com ata	Dia 1
	Reunião geral com todos os colaboradores para comunicar os objetivos da intervenção	Comunicação realizada	Dia 2
	Estabelecimento da “Sala de Guerra” e da rotina de reuniões diárias	Sala montada e primeira reunião realizada	Dia 2

¹ Um Cronograma de Ações, também conhecido como Gráfico de Gantt simplificado, é uma ferramenta visual usada para planejar, agendar e acompanhar o progresso de tarefas ao longo do tempo. Ele mostra o que precisa ser feito, quem é o responsável e quando a tarefa deve começar e terminar. As principais características de um Cronograma de Ações são: Lista de Tarefas, Linha do Tempo, Barra de Tarefa, Responsáveis.

Controller	Coleta de todos os documentos financeiros, contábeis e contratos relevantes dos últimos 2 anos.	Documentos centralizados e seguros	Até o dia 3
	Início da auditoria emergencial dos 20 maiores contratos e dos processos de compra	Plano de auditoria definido	Até o dia 5
Gestor Financeiro	Tomada de controle de todas as contas bancárias, alterando senhas e acessos	Acessos centralizados no Gestor e Diretor Geral	Até Dia 2
	Mapeamento de todos os pagamentos críticos e urgentes (folha, impostos, fornecedores essenciais).	Lista de pagamentos prioritários validada	Até Dia 4
Gestor de Pessoas	Verificação do status da folha de pagamento do mês corrente e garantia dos recursos para pagamento	Relatório de status da folha	Até Dia 3
	Abertura de um canal de comunicação direto e transparente com os colaboradores (e-mail, reuniões).	Canais divulgados	Até Dia 5
Diretor Clínico	Reunião com as lideranças médicas para avaliar os riscos assistenciais mais imediatos.	Ata com os 5 maiores riscos identificados	Até Dia 3
	Auditoria rápida da escala médica e da cobertura de especialidades críticas (UTI, Emergência).	Relatório de cobertura de escalas	Até Dia 5
RT de Enfermagem	Verificação do dimensionamento de pessoal de enfermagem versus a demanda real.	Relatório de déficit/superávit de pessoal	Até o dia 4
Farmacêutico	Auditoria de estoque de insumos críticos de enfermagem nos postos e na farmácia.	Lista de insumos em nível crítico.	Até o dia 5
	Realização de inventário rotativo de medicamentos essenciais (curva A).	Relatório de estoque de itens da curva A	Até o dia 5
Gestor de Nutrição	Auditoria de segurança alimentar na cozinha e verificação do estoque de gêneros alimentícios.	Checklist de Boas Práticas preenchido	Até o dia 4

SEMANA 2: AÇÃO CORRETIVA E PRIORIZAÇÃO

Tema Central: Agir sobre os problemas mais críticos identificados na Semana 1, garantindo a continuidade da operação e a segurança dos pacientes.

RESPONSÁVEL	AÇÃO CHAVE	META	PRAZO
Diretor Geral/Interventor	Apresentação do diagnóstico preliminar e do plano de ação emergencial à Prefeitura	Relatório e apresentação realizados	Até o dia 10
	Início da negociação com os principais credores estratégicos (grandes fornecedores, bancos).	Primeira rodada de reuniões concluída	Até o dia 12
Controller	Apresentação dos primeiros "red flags" (alertas) encontrados na auditoria de contratos	Relatório de achados preliminares	Até o dia 12
Gestor Financeiro	Execução do plano de pagamento dos itens críticos definidos na Semana 1.	100% dos pagamentos críticos executados	Diário
Gestor de Pessoas	Garantia do pagamento da folha salarial na data correta	Folha paga	Conforme data
	Primeira reunião com o sindicato da categoria para estabelecer um canal de diálogo	Ata de reunião	Até Dia 11
Diretor Clínico	Implementação de ações corretivas imediatas para os riscos de segurança identificados (ex: reforço de protocolo).	Plano de ação para os 5 maiores riscos	Até Dia 12
RT de Enfermagem	Ajuste emergencial das escalas de enfermagem para cobrir os setores mais críticos	Novas escalas publicadas	Até Dia 10
Farmacêutico	Realização de compras emergenciais para os medicamentos com estoque zerado ou crítico.	Pedidos de compra emitidos	Até Dia 11
Gestor de Nutrição	Ajuste dos cardápios para otimizar custos sem comprometer a qualidade nutricional	Novos cardápios implementados	Até Dia 12

SEMANAS 3 E 4: ESTRUTURAÇÃO E PLANEJAMENTO DE MÉDIO PRAZO

Tema Central: Sair do modo de pura reação à crise e começar a estruturar os processos, controles e o planejamento para o restante dos 180 dias.

RESPONSÁVEL	AÇÃO CHAVE	META	PRAZO
Diretor Geral/Interventor	Apresentação do primeiro relatório de progresso ao Ministério Público e Conselho de Saúde.	Relatório protocolado	Até o dia 25
	Iniciar trâmites formais para a reestruturação da governança (convocação de assembleia,	Iniciar trâmites formais para a reestruturação da governança (convocação de assembleia,	Até o dia 28
Controller	Aprofundamento da auditoria nos contratos e processos com maiores indícios de irregularidades	Relatório de auditoria detalhado	Até o dia 28
	Desenho de um novo processo de compras emergencial com mais controles	Fluxograma do novo processo.	Até do dia 26
Gestor Financeiro	Elaboração de uma proposta de plano de renegociação e pagamento de dívidas para os próximos 6 meses	Minuta do plano de pagamento	Até o dia 28
Gestor de Pessoas Gestor de Pessoas	Lançamento da Pesquisa de Clima Organizacional (simplificada e anônima)	Pesquisa disparada para todos	Até Dia 20
	Análise dos resultados da pesquisa e apresentação ao Grupo Gestor	Relatório de resultados da pesquisa	Até o dia 28
Diretor Clínico	Início da revisão dos 5 principais protocolos clínicos do hospital com as lideranças médicas	Grupos de trabalho formados	Até Dia 25
RT de Enfermagem	Início de um ciclo de treinamentos rápidos sobre os protocolos de segurança do paciente	Cronograma de treinamentos	Até Dia 26
Farmacêutico	Implementação de um novo sistema de controle de inventário (pode ser em planilha, se não houver sistema).	Planilha de controle implementada	Até Dia 28

Gestor de Nutrição	Início da renegociação de contratos com fornecedores de alimentos.	Mapa de negociação com propostas	Até o dia 28
--------------------	--	----------------------------------	--------------

4.3. DETALHAMENTO POR EIXO

EIXO 1: GOVERNANÇA E ESTABILIZAÇÃO DA LIDERANÇA

FASE 1 (DIAS 1-30): INSTALAÇÃO DO GABINETE DE CRISE

- Ação: Nomear um Interventor ou um Conselho Gestor Provisório, com plenos poderes de gestão, composto por membros da Secretaria de Saúde e especialistas independentes.
- Responsável: Gabinete do Prefeito.
- Indicador: Portaria de nomeação publicada.

FASE 2 (DIAS 31-90): IMPLEMENTAÇÃO DA NOVA GOVERNANÇA

- Ação: Destituir o conselho anterior e convocar uma Assembleia para aprovar o novo estatuto e eleger o novo Conselho Deliberativo e o Conselho Fiscal, conforme a estrutura de governança proposta.
- Responsável: Interventor / Conselho Gestor.
- Indicador: Ata da Assembleia registrada.

FASE 3 (DIAS 91-180): CONTRATAÇÃO DA LIDERANÇA PROFISSIONAL

- Ação: Realizar um processo seletivo transparente para a contratação do novo Diretor-Presidente
- Responsável: Novo Conselho Deliberativo (com apoio do Comitê de Pessoas).
- Indicador: Contrato de trabalho do Diretor assinado.

EIXO 2: ESTABILIZAÇÃO FINANCEIRA E TRANSPARÊNCIA

FASE 1 (DIAS 1-30): CONTROLE DE CAIXA E DIAGNÓSTICO

- Ação: Centralizar todas as autorizações de pagamento no Interventor. Realizar um diagnóstico rápido de caixa, dívidas e contratos.
- Responsável: Interventor e equipe financeira designada.
- Indicador: Relatório de diagnóstico financeiro apresentado.

FASE 2 (DIAS 31-120): RENEGOCIAÇÃO E GESTÃO DE CONTRATOS

- Ação: Priorizar e renegociar dívidas com fornecedores críticos (medicamentos, O2, alimentação). Auditar os 20 maiores contratos em vigor.
- Responsável: Interventor.

- Indicador: Plano de pagamento de dívidas acordado com 80% dos credores críticos.

FASE 3 (DIAS 61-180): TRANSPARÊNCIA E ORÇAMENTO

- Ação: Publicar um relatório mensal simplificado de receitas e despesas no site do hospital. Elaborar um orçamento base zero para o próximo semestre.
- Responsável: Interventor / Nova Diretoria Financeira.
- Indicador: Primeiro relatório de transparência publicado.

EIXO 3: GARANTIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA ASSISTENCIAL

FASE 1 (DIAS 1-60): FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE

- Ação: Implementar ou fortalecer o ****Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)****. Realizar uma auditoria rápida dos 6 protocolos básicos da OMS (identificação, comunicação, medicamentos, cirurgia segura, higienização, prevenção de quedas).
- Responsável: Equipe de intervenção assistencial.
- Indicador: Relatório de auditoria dos protocolos básicos.

FASE 2 (DIAS 61-180): GESTÃO DE INSUMOS E PROCESSOS CRÍTICOS

- Ação: Normalizar o estoque de medicamentos e insumos essenciais. Revisar os fluxos da emergência e do centro cirúrgico para otimizar a capacidade.
- Responsável: Equipe de intervenção assistencial e administrativa.
- Indicador: Redução de 50% no número de reclamações sobre falta de medicamentos.

EIXO 4: GESTÃO DE PESSOAS E CLIMA ORGANIZACIONAL

FASE 1 (DIAS 1-30): COMUNICAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO

- Ação: Realizar uma reunião geral com todos os colaboradores para comunicar os objetivos da intervenção e garantir o pagamento dos salários em dia.
- Responsável: Interventor.
- Indicador: Reunião geral realizada com lista de presença.

FASE 2 (DIAS 31-90): DIAGNÓSTICO E AÇÕES DE ENGAJAMENTO

- Ação: Aplicar uma pesquisa de clima organizacional para identificar os principais pontos de insatisfação. Criar canais de escuta direta com as equipes.
- Responsável: Equipe de RH designada.
- Indicador: Relatório da pesquisa de clima apresentado.

EIXO 5: RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E COMUNICAÇÃO

FASE 1 (DIAS 1-30): GESTÃO DE CRISE

- Ação: Elaborar um plano de comunicação de crise. Centralizar toda a comunicação com a imprensa e stakeholders no Interventor ou em um porta-voz designado.
- Responsável: Interventor e Assessoria de Comunicação da Prefeitura.
- Indicador: Plano de comunicação aprovado.

FASE 2 (DIAS 31-180): TRANSPARÊNCIA E RELACIONAMENTO

- Ação: Manter reuniões periódicas com o Ministério Público, Conselho Municipal de Saúde e Câmara de Vereadores para apresentar os avanços do plano.
- Responsável: Interventor.
- Indicador: Atas de reunião com os stakeholders.

4.4. EQUIPE GESTORA DE INTERVENÇÃO (GRUPO GESTOR): PERFIS, COMPETÊNCIAS E ESTRUTURA

- Para a execução bem-sucedida do Plano de Intervenção de 180 dias, é fundamental a formação de um **Grupo Gestor de Intervenção coeso, multidisciplinar e com plenos poderes**.
- Esta equipe atuará como **uma força-tarefa, responsável por estabilizar a operação, implementar as mudanças emergenciais e preparar o hospital para a transição para a nova governança permanente**.
- Este documento detalha o perfil, as **competências (Conhecimentos, Habilidades e Atitudes - CHA)²** e as responsabilidades de cada profissional chave, além de descrever a estrutura de funcionamento do grupo.

² CHA é um acrônimo que representa os três pilares fundamentais que constituem as competências de uma pessoa: **Conhecimentos, Habilidades e Atitudes**. Essa metodologia é amplamente utilizada em gestão de pessoas, especialmente em processos de recrutamento, seleção, treinamento e avaliação de desempenho, para definir o perfil ideal para uma função e avaliar os colaboradores de forma completa.

1. Conhecimento (O Saber)

Refere-se ao conjunto de informações, conceitos e saberes teóricos que uma pessoa acumula por meio de estudo, experiência e formação. É o "saber o quê" e o "saber o porquê".

- **O que é:** Fatos, dados, teorias, princípios, procedimentos.
- **Como se adquire:** Educação formal (cursos, graduações, pós-graduações), treinamentos, leitura de livros, artigos, manuais, etc.

O conhecimento é a base, o alicerce sobre o qual as outras competências são construídas.

2. Habilidade (O Saber Fazer)

É a capacidade de aplicar o conhecimento de forma prática para realizar uma tarefa ou resolver um problema. É a transformação do saber teórico em ação.

- **O que é:** A aplicação prática do conhecimento, a técnica.
- **Como se adquire:** Prática, repetição, treinamento prático, experiência ("mão na massa").

A habilidade é o que permite que o conhecimento gere resultados tangíveis.

3. Atitude (O Querer Fazer)

4.5. ESTRUTURA DO GRUPO GESTOR: NÚCLEO DURO E NÚCLEO AMPLIADO

Para garantir agilidade e foco, o Grupo Gestor será organizado em dois níveis:

- a) **Núcleo Duro (8 membros):** Composto pelos líderes estratégicos e operacionais essenciais para a tomada de decisão diária e a gestão da crise. Este grupo formará o **Gabinete de Crise**.
- b) **Núcleo Ampliado (12 membros):** Inclui os membros do Núcleo Duro mais os coordenadores de áreas de apoio essenciais, que participarão de reuniões semanais e serão acionados conforme a necessidade.

4.6. PERFIS DETALHADOS DO NÚCLEO DURO

4.6.1. RT MÉDICO / DIRETOR TÉCNICO (GOVERNANÇA CLÍNICA)

Missão no Cargo: Assegurar a qualidade, a ética e a legalidade de todos os atos médicos praticados na instituição, atuando como o principal guardião da prática médica e o elo entre o corpo clínico e os órgãos reguladores (CRM, Vigilância Sanitária). Sua missão é zelar pela segurança do paciente e pela excelência técnica da assistência médica.

Principais Responsabilidades:

- Responsável técnico perante o CRM e demais órgãos fiscalizadores.
- Implementar e auditar protocolos clínicos (sepse, dor torácica, AVC).
- Liderar os comitês de óbito, prontuário e ética médica.
- Integrar a atuação médica entre PA, Enfermarias, CC e UTI.
- Garantir a habilitação e a qualificação dos médicos, além de supervisionar as escalas e a cobertura assistencial.
- Liderar a criação e fiscalização de protocolos clínicos, garantindo a adesão às melhores práticas e à medicina baseada em evidências.
- Presidir ou participar ativamente de comissões como a de Ética Médica, Revisão de Prontuários e Óbito.
- Mediar conflitos envolvendo a prática médica, seja entre profissionais, com pacientes ou com a instituição

Competências (CHA):

Representa o comportamento, as emoções e a postura do indivíduo no ambiente de trabalho. É o que impulsiona a pessoa a usar seu conhecimento e suas habilidades. É o "querer fazer".

- **O que é:** Proatividade, comprometimento, ética, colaboração, inteligência emocional, motivação, adaptabilidade.
- **Como se adquire:** Está ligada a valores pessoais, personalidade, percepção e motivação. Pode ser desenvolvida através de autoconhecimento, coaching e feedback.

A atitude é o motor que determina *como* e *se* o conhecimento e a habilidade serão utilizados, especialmente em situações desafiadoras.

- Conhecimento em Governança Clínica, Protocolos Médicos, Segurança do Paciente, Auditoria de Prontuário, Legislação Médica e Sanitária (Resoluções CFM/CRM, normas ANVISA). Código de Ética Médica; Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente; Bioética; Fundamentos de Administração Hospitalar.
- Habilidades de Liderança técnica respeitada, capacidade de pactuação com o corpo clínico, análise crítica de casos; Liderar e influenciar pares (corpo clínico) sem hierarquia direta; Transmitir diretrizes técnicas e éticas de forma clara e inequívoca; Decidir sobre questões éticas complexas e interdições de serviços; Conduzir reuniões e resolver divergências com diplomacia; Entender o impacto do ato médico em toda a organização.
- Atitude: Foco na qualidade e segurança, postura ética, liderança servidora; Agir com imparcialidade na avaliação de condutas; Manter a calma e a postura profissional sob alta pressão; Busca incessante pela excelência e segurança; Assumir a responsabilidade final pelos atos médicos.

4.6.2. GERENTE ASSISTENCIAL / RT ASSISTENCIAL (ENFERMAGEM E MULTIPROFISSIONAL)

Missão no Cargo: Liderar todas as equipes assistenciais (enfermagem, fisioterapia, psicologia, etc.), garantindo a execução dos processos de cuidado, o dimensionamento adequado e a segurança do paciente; Orquestrar a jornada do paciente, otimizando processos e recursos para a melhor experiência e desfecho clínico.

Principais Responsabilidades:

- Gerir os processos e protocolos assistenciais.
- Dimensionar, treinar e supervisionar as equipes.
- Monitorar indicadores assistenciais (quedas, LPP, satisfação do paciente).
- Implementar checklists de segurança (UTI, CC, carrinho de emergência).
- Coordenar os líderes das áreas assistenciais, promovendo a colaboração e o alinhamento entre eles
- Definir metas, indicadores de desempenho (KPIs) e planos de ação para toda a área assistencial.
- Otimizar a jornada do paciente, desde a admissão até a alta, gerenciando o fluxo e a ocupação de leitos;
- Gerenciar o orçamento da área, controlando custos com pessoal, materiais e medicamentos.

Competências (CHA):

- Conhecimento em Gestão de Processos em Saúde, Dimensionamento de Pessoal, Protocolos de Segurança; Modelos de Gestão em Saúde (Lean Healthcare, Gestão de Processos). Padrões de Acreditação Nacional e Internacional; Gestão de Pessoas e Desenvolvimento de Lideranças; Gestão Financeira e Orçamentária aplicada à saúde; Jornada e Experiência do Paciente.

- Habilidade em Liderança de grandes equipes, gestão de indicadores, implementação de ferramentas da qualidade; Conectar os processos assistenciais com a estratégia da organização; Engajar e motivar líderes de diferentes formações em torno de um objetivo comum; Utilizar indicadores para tomar decisões baseadas em fatos; Implementar melhorias que envolvem múltiplas áreas; Transitar entre a alta diretoria, corpo clínico e equipes operacionais.
- Atitude: Organização, disciplina, foco no paciente, liderança presente na operação; Foco no Paciente; Protagonismo e "Senso de dono": Assumir a responsabilidade pelos resultados de toda a área assistencial; Resiliência e Inteligência Emocional: Gerenciar crises e manter a equipe motivada; Buscar constantemente a inovação e a melhoria; Promover um ambiente de trabalho em equipe, quebrando silos.

4.6.3. GERENTE OPERACIONAL HOSPITALAR

Missão no Cargo: Ser o "maestro" dos fluxos do hospital, garantindo a eficiência da jornada do paciente, desde a entrada até a alta, e otimizando o uso dos recursos (leitos, salas, equipamentos); Garantir a eficiência, a segurança e a funcionalidade de toda a infraestrutura e dos serviços de apoio não clínicos, assegurando que o ambiente e os recursos operacionais estejam sempre disponíveis e em perfeitas condições para que a atividade assistencial ocorra sem interrupções e com máxima qualidade.

Principais Responsabilidades:

- Gestão de leitos (giro, tempo de internação, bloqueios).
- Gerenciar os fluxos de acesso (Recepção, PA, Internação).
- Interface com a área de Diagnóstico por Imagem para otimizar a agenda.
- Gestão do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e tratamento de reclamações.
- Liderar as áreas de Manutenção, Engenharia Clínica, Hotelaria (Higienização, Rouparia), Segurança Patrimonial e Suprimentos/Logística.
- Assegurar a execução dos planos de manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial e dos equipamentos.
- Otimizar o fluxo de materiais, desde o recebimento e armazenamento até a distribuição interna.
- Gerenciar contratos de serviços terceirizados, negociando termos e fiscalizando a qualidade
- Mapear e mitigar riscos relacionados à infraestrutura (ex: falta de energia, falhas em equipamentos).

Competências (CHA):

- Conhecimento em Gestão de Fluxos e Processos (Lean Healthcare), Gestão de Leitos, Jornada do Paciente; Gestão de Operações, Logística e Cadeia de Suprimentos. Engenharia de Manutenção Predial e Clínica; Normas Regulamentadoras (NRs) e Legislação Sanitária aplicáveis à infraestrutura; Ferramentas de Melhoria Contínua (Lean, Six Sigma).

- Habilidade em Análise de dados operacionais, resolução de gargalos, negociação entre áreas; Liderança de Equipes Diversas; Visão Sistêmica e Raciocínio Lógico: Diagnosticar a causa raiz de problemas operacionais. Obter o melhor custo-benefício em contratos e compras; Gerenciar múltiplos projetos e cronogramas; Gestão de Crises: Agir com rapidez e eficácia em falhas críticas de infraestrutura.
- Atitude: Visão sistêmica, senso de urgência, foco na eficiência e na experiência do paciente; Senso de Urgência: Compreender o impacto crítico de uma falha operacional na assistência; Ir a campo para verificar problemas e antecipar falhas; Organização e Disciplina: Rigor na execução de planos de manutenção e controle. Resiliência: Manter o foco sob a pressão constante das demandas operacionais.

4.6.4. GERENTE ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO

Missão no Cargo: Garantir a sustentabilidade econômico-financeira da entidade, gerenciando orçamento, custos, compras, contas a pagar e a receber, fluxos de caixa e contratos com rigor e transparência.

Principais Responsabilidades:

- Elaborar e controlar o orçamento emergencial.
- Gerenciar os processos de compras e a renegociação de contratos.
- Supervisionar o faturamento e o ciclo de recebíveis.
- Preparar o DRE gerencial e os relatórios para o Controller.
- Coordenar Tesouraria (contas a pagar/receber), Faturamento, Contabilidade e Planejamento Financeiro.
- Controladoria: Apurar custos, gerar relatórios gerenciais e monitorar o orçamento.
- Gestão Administrativa: Liderar áreas como Recursos Humanos, Departamento Pessoal, Jurídico e Compras (pelo viés de negociação e compliance;
- Relacionamento com Fontes Pagadoras: Gerenciar a relação com operadoras de saúde, negociar reajustes e garantir o recebimento das contas médicas.
- Compliance e Auditoria: Garantir a conformidade fiscal, tributária e trabalhista.

Competências (CHA):

- Conhecimento em Contabilidade de Custos em Saúde, Gestão Orçamentária, Supply Chain, Faturamento Hospitalar. Legislação Tributária, Fiscal e Trabalhista. Gestão de Custos Hospitalares. Dinâmica do Setor de Saúde Suplementar (Tabelas, Contratos). Análise de Investimentos e Matemática Financeira. - Sistemas de Gestão Integrada (ERP).
- Habilidade em Análise financeira, negociação com fornecedores, gestão de contratos; **Raciocínio Analítico e Estratégico:** Traduzir números em insights para o negócio. Negociar com bancos, fornecedores e operadoras de saúde. **Planejamento e Controle Orçamentário:** Elaborar e controlar o orçamento da empresa. **Liderança de Equipes Especializadas:** Gerenciar contadores, analistas financeiros, etc. **Comunicação com a Diretoria:** Apresentar dados financeiros de forma clara e objetiva.

- **Atitude:** Perfil analítico, organizado, foco em resultados financeiros, integridade; **Rigor e Atenção a Detalhes:** Essencial para a precisão das informações financeiras; **Ética e Integridade:** Zelar pelo patrimônio e pelas informações confidenciais da empresa. **Visão de Negócio:** Entender que a gestão financeira viabiliza a missão assistencial. **Foco em Resultados:** Orientação para a lucratividade e saúde financeira. **Postura Firme e Diplomática:** Ser firme no controle, mas diplomático no relacionamento.

4.6.5. COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Missão no Cargo: Liderar e gerenciar as equipes de enfermagem, garantindo a excelência da assistência ao paciente, a segurança dos processos e o desenvolvimento contínuo dos profissionais, em alinhamento com as diretrizes estratégicas da instituição.

Principais Responsabilidades:

- Supervisionar, orientar e avaliar a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), gerenciando escalas, férias e alocação de pessoal.
- Implementar e monitorar protocolos assistenciais, indicadores de qualidade (ex: prevenção de quedas, lesões por pressão) e práticas de segurança do paciente.
- Controlar o uso de materiais, medicamentos e equipamentos do setor, otimizando recursos e evitando desperdícios.
- Promover treinamentos e programas de desenvolvimento para manter a equipe atualizada com as melhores práticas.
- Atuar como ponto de contato entre a equipe de enfermagem, o corpo clínico, outros setores e a gestão do hospital.

Competências (CHA):

- Conhecimento em Legislação e normas do COFEN/COREN, Protocolos clínicos e assistenciais; Gestão de Pessoas e Liderança; Indicadores de qualidade em saúde; Biossegurança e Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Ferramentas de gestão (planejamento, orçamento).
- Habilidade em liderar e motivar equipes multidisciplinares; tomar decisões rápidas e assertivas em situações de crise; Realizar planejamento estratégico e dimensionamento de pessoal; Comunicar-se de forma clara e eficaz com diferentes públicos; Analisar dados e indicadores para promover melhoria contínua. - Gerenciar conflitos.
- Atitude: foco no cuidado centrado no paciente; Antecipar problemas e propor soluções; Manter a calma e o equilíbrio sob pressão; Engajamento com a segurança e a qualidade. Agir com integridade e responsabilidade.

4.6.6. COORDEADOR DE FARMÁCIA HOSPITALAR

Missão no Cargo: Assegurar o uso seguro, racional e eficiente de medicamentos e materiais médico-hospitalares em toda a instituição, liderando a equipe da farmácia para garantir a qualidade, o abastecimento e o cumprimento das normas sanitárias.

Principais Responsabilidades:

- Supervisionar os processos de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos.
- Implementar e coordenar atividades de farmácia clínica, como acompanhamento farmacoterapêutico e análise de prescrições.
- Controlar inventários, curva ABC, validade de produtos e garantir o abastecimento ininterrupto.
- Garantir que a farmácia opere em conformidade com a legislação vigente (ANVISA, CRF, etc.) e obter/manter licenças.
- Monitorar a qualidade dos produtos farmacêuticos e a correta execução dos processos internos.

Competências (CHA):

- Conhecimento em Farmacologia e Farmacoterapia; Legislação Sanitária e Farmacêutica; Logística e Gestão de Estoques; Farmacoeconomia e Padronização de Medicamentos; Gestão de Pessoas e Processos; Controle de Infecção Hospitalar.
- Habilidade em Analisar prescrições e identificar interações medicamentosas; Negociar com fornecedores e gerenciar contratos; Utilizar sistemas de gestão de farmácia (software); Elaborar e analisar relatórios gerenciais e indicadores; Liderar e treinar a equipe técnica; Implementar projetos de melhoria (ex: unitarização de doses).
- Atitude em Rigor Técnico e Atenção a Detalhes - Essencial para a segurança do paciente. Organização e Planejamento: Fundamental para a gestão de estoques. Proatividade: Identificar riscos e oportunidades de otimização. Senso de Urgência: Agir rapidamente em casos de desabastecimento ou problemas críticos. Colaboração: Trabalhar em conjunto com equipes médicas e de enfermagem.

4.6.7. COORDENADOR DE HOTELARIA

Missão no Cargo: Gerenciar os serviços de suporte não assistenciais (higienização, rouparia, mensageria, recepção) para proporcionar um ambiente seguro, limpo, acolhedor e confortável para pacientes, acompanhantes e colaboradores, melhorando a experiência do cliente.

Principais Responsabilidades:

- Coordenar as equipes de limpeza e higienização, rouparia (lavanderia e distribuição), controle de leitos e recepções
- Definir e fiscalizar os padrões de limpeza, organização e atendimento, garantindo a conformidade com as normas da vigilância sanitária
- Desenvolver e implementar ações que melhorem a percepção de conforto e acolhimento dos pacientes e seus familiares.
- Gerenciar contratos com empresas terceirizadas (se houver) de limpeza, lavanderia, etc.
- Monitorar o tempo de liberação de leitos, consumo de enxoval, satisfação do paciente e outros KPIs.

Competências (CHA):

- Conhecimento em Técnicas de limpeza e desinfecção hospitalar; Gestão de enxovais e processos de lavanderia industrial; Normas da ANVISA para serviços de apoio; Conceitos de "Experiência do Cliente" (Customer Experience); Gestão de Pessoas e de Contratos; Hotelaria e Hospitalidade.
- Habilidade em Liderar grandes equipes operacionais; planejar e organizar rotinas de trabalho complexas; Gerenciar o orçamento da área e controlar custos; Comunicar-se de forma empática com pacientes e familiares; Resolver problemas operacionais de forma rápida e eficiente; Fiscalizar a qualidade dos serviços prestados.
- Atitude: Paixão por servir e encantar; Senso de Dono: Cuidar do ambiente como se fosse seu; Organização e Disciplina: Manter a ordem sem perturbar a rotina assistencial. Dinamismo: Lidar com múltiplas demandas simultaneamente. Resiliência: Manter a postura positiva diante de reclamações e problemas.

4.6.8. COORDENADOR DE MANUTENÇÃO OU ENGENHARIA CLÍNICA

Missão no Cargo: Garantir a funcionalidade, segurança e disponibilidade contínua da infraestrutura predial e dos equipamentos médico-hospitalares, liderando as equipes de manutenção para assegurar um ambiente operacional seguro e eficiente para a prestação de cuidados.

Principais Responsabilidades:

- Gestão de Ativos: Gerenciar o parque de equipamentos médicos, desde a aquisição (especificação técnica) até o descarte
- Plano de Manutenção: Elaborar e executar os cronogramas de manutenção preventiva, preditiva e corretiva de equipamentos e da estrutura predial (elétrica, hidráulica, climatização).
- Segurança e Normas: Assegurar que todos os equipamentos e instalações estejam em conformidade com as normas técnicas (ABNT, ANVISA, NR's).
- Gestão de Equipe e Terceiros: Coordenar a equipe interna de manutenção e gerenciar contratos com fornecedores de serviços técnicos especializados.
- Tecnovigilância: Investigar e notificar incidentes adversos relacionados a equipamentos médicos.

Competências (CHA):

- Conhecimento em **Engenharia Clínica:** Funcionamento de equipamentos médicos (monitores, ventiladores, etc.). **Engenharia de Manutenção:** Elétrica, mecânica, hidráulica, refrigeração. **Normas Regulamentadoras (NRs)** e normas da ABNT/ANVISA. Gestão de Projetos e Orçamentos. Ferramentas de gestão da manutenção (CMMS/Software de OS). Metrologia e Calibração.
- Habilidade em Elaborar e interpretar projetos e manuais técnicos. Diagnosticar falhas complexas em equipamentos e sistemas. Gerenciar cronogramas e ordens de serviço (OS). Negociar com fornecedores de peças e serviços técnicos. Liderar equipes técnicas e definir prioridades. - Realizar análise de causa raiz para problemas recorrentes.

- **Atitude:** Senso de Urgência: Agir rapidamente para restabelecer a operação de áreas críticas (ex: centro cirúrgico, UTI). **Raciocínio Lógico e Analítico:** Fundamental para o diagnóstico de falhas. - **Foco em Segurança:** Priorizar a segurança em todas as intervenções. **Organização e Planejamento:** Essencial para a gestão de manutenções preventivas. **Disponibilidade e Comprometimento:** Estar pronto para atuar em emergências a qualquer momento.

4.7. PERFIS DETALHADOS DO NÚCLEO AMPLIADO

Além dos membros do Núcleo Duro, os seguintes profissionais integram o Grupo Gestor Ampliado:

4.7.1. COORDENAÇÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Missão no Cargo: Ser o guardião da metodologia de gestão da qualidade e o catalisador da cultura de segurança, apoiando todas as áreas na implementação de práticas seguras; Liderar a cultura de qualidade e segurança em toda a instituição, desenvolvendo, implementando e monitorando processos e protocolos que minimizem riscos, previnam eventos adversos e promovam a melhoria contínua da assistência, em conformidade com as melhores práticas e padrões de acreditação.

Principais Responsabilidades:

- Gerenciar o mapa de riscos do hospital.
- Liderar a análise de eventos adversos (com protocolo de Londres).
- Coordenar a implementação dos protocolos institucionais.
- Preparar o hospital para futuras avaliações (ONA).
- **Gestão de Protocolos:** Liderar a criação, revisão e implementação de Protocolos de Segurança do Paciente (ex: identificação correta, prevenção de quedas, cirurgia segura, prevenção de infecções).
- **Monitoramento de Indicadores:** Coletar, analisar e divulgar indicadores de qualidade e segurança, reportando os resultados para as lideranças e comitês.
- **Gestão de Riscos:** Mapear proativamente os riscos assistenciais e não assistenciais, desenvolvendo planos de mitigação.
- **Análise de Eventos Adversos:** Conduzir a investigação de incidentes e eventos adversos utilizando ferramentas como a Análise de Causa Raiz (ACR) e o Protocolo de Londres, focando no aprendizado e na melhoria do sistema.
- **Educação e Treinamento:** Promover a capacitação contínua das equipes sobre a cultura de segurança, notificações e práticas seguras.
- **Acreditação:** Ser o ponto focal e o principal articulador nos processos de certificação e acreditação (ONA, JCI, etc.).

Competências (CHA):

- Conhecimento em Metodologias de Qualidade (PDCA, FMEA), Acreditação (ONA), Protocolos de Segurança do Paciente; Metas Internacionais de Segurança do Paciente; Ferramentas da Qualidade: PDCA, Análise de Causa Raiz (Ishikawa, 5 Porquês), FMEA (Análise de Modos de Falha e Efeitos); Manuais de Acreditação (ONA, JCI, Qmentum);

Legislação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); Análise de Dados e Estatística Básica. - Gestão de Processos e Projetos.

- Habilidade em Análise de causa raiz, treinamento de equipes, auditoria de processos; **Liderança por Influência:** Engajar equipes de diferentes áreas sem ter gestão hierárquica direta sobre elas; **Visão Sistêmica e Analítica:** Conectar informações de diferentes fontes para identificar tendências e riscos; **Comunicação e Didática:** "Traduzir" normas e conceitos complexos em treinamentos práticos e eficazes; **Condução de Reuniões e Comitês:** Facilitar discussões produtivas sobre temas sensíveis como erros e falhas; **Elaboração de Relatórios Gerenciais:** Apresentar dados de forma clara para subsidiar a tomada de decisão da alta gestão.
- Atitude: Perfil educador, persistente, detalhista, foco em processos; **Inconformismo Positivo e Curiosidade:** Questionar o "porquê" das coisas e sempre buscar uma forma melhor e mais segura de trabalhar; **Diplomacia e Empatia:** Abordar falhas de processo de forma não punitiva, focando no aprendizado e acolhendo os profissionais envolvidos; **Persistência e Resiliência:** Lidar com a resistência à mudança e manter o foco na implementação das melhorias; **Organização e Atenção a Detalhes:** Essencial para a análise de dados e auditoria de processos; **Discrição e Ética:** Lidar com informações confidenciais sobre incidentes e pacientes.

4.7.2. COORDENAÇÃO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Missão no Cargo: Garantir o acesso seguro, rápido e eficiente aos exames de imagem, integrando a área de diagnóstico às necessidades da emergência e da internação; Gerenciar os recursos humanos, técnicos e materiais do Centro de Diagnóstico por Imagem, garantindo a realização de exames (Raio-X, Tomografia, Ressonância, Ultrassom, etc.) com qualidade, segurança, agilidade e precisão, em conformidade com as normas técnicas e de radioproteção.

Principais Responsabilidades:

- Gerenciar a agenda de exames, priorizando casos urgentes.
- Garantir a segurança no uso de contrastes e a manutenção dos equipamentos.
- Otimizar o fluxo do paciente para a realização de exames.
- **Gestão da Equipe:** Liderar a equipe de técnicos em radiologia, enfermeiros e pessoal administrativo do setor, gerenciando escalas, produtividade e desenvolvimento profissional.
- **Gestão do Fluxo de Exames:** Otimizar a agenda e o fluxo de pacientes para reduzir o tempo de espera e maximizar a utilização dos equipamentos.
- **Controle de Qualidade e Segurança:** Garantir a calibração dos equipamentos, a execução de testes de controle de qualidade e o cumprimento dos protocolos de radioproteção para pacientes e colaboradores.
- **Gestão de Recursos:** Controlar o estoque de contrastes e outros insumos, e interagir com a Engenharia Clínica para o plano de manutenção dos equipamentos.
- **Interface com Corpo Clínico:** Ser o elo entre o CDI e os médicos solicitantes, garantindo que os exames atendam às necessidades clínicas e esclarecendo dúvidas sobre

protocolos. **Tecnologia e Inovação:** Gerenciar sistemas como PACS (Sistema de Arquivamento e Comunicação de Imagens) e RIS (Sistema de Informação de Radiologia), e avaliar a incorporação de novas tecnologias.

Competências (CHA):

- Conhecimento em Protocolos de segurança em radiologia, gestão de fluxo de pacientes, operação de equipamentos de imagem; **Princípios Físicos e Técnicos dos Equipamentos de Imagem; Normas de Radioproteção e Dosimetria (CNEN, ANVISA); Protocolos de Exames e Uso de Contrastes; Sistemas PACS e RIS; Gestão de Pessoas e Processos; Controle de Qualidade em Radiodiagnóstico.**
- Habilidade em Planejamento de agenda, gestão de equipe técnica, comunicação com médicos solicitantes; **Liderança de Equipe Técnica:** Gerenciar e motivar profissionais com alta especialização. **Planejamento e Organização:** Gerenciar agendas complexas, manutenções e fluxo de pacientes simultaneamente. **Resolução de Problemas Técnicos:** Diagnosticar rapidamente problemas com exames, equipamentos ou sistemas. **Comunicação com Múltiplos Públicos:** Interagir com clareza com técnicos, médicos radiologistas, médicos solicitantes e pacientes. **Análise de Indicadores:** Monitorar KPIs como tempo de laudo (TAT), taxa de utilização de equipamentos e volume de exames.
- Atitude: Foco em segurança, agilidade, organização; **Rigor Técnico e Foco em Segurança:** Priorizar a segurança radiológica acima de tudo; **Senso de Urgência:** Compreender a importância de um diagnóstico rápido para a conduta clínica, especialmente em emergências. **Organização e Metodologia:** Essencial para garantir a rastreabilidade e a qualidade dos exames. - **Calma sob Pressão:** Lidar com equipamentos de alta complexidade e pacientes em estado crítico. **Orientação para o Cliente (Interno e Externo):** Buscar atender bem tanto o paciente quanto o médico solicitante.

4.7.3. COORDENAÇÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Missão no Cargo: Assegurar a qualidade e segurança alimentar para pacientes e colaboradores, otimizando os custos e processos do serviço de nutrição. Liderar o Serviço de Nutrição e Dietética, garantindo o fornecimento de uma alimentação segura, adequada e de qualidade para pacientes (dietoterapia) e colaboradores, além de gerenciar a equipe e os processos produtivos da cozinha, em conformidade com as normas da vigilância sanitária.

Principais Responsabilidades:

- Garantir a aplicação das Boas Práticas de Manipulação.
- Otimizar cardápios para equilibrar custo e necessidade nutricional.
- Gerenciar a equipe da cozinha e a distribuição de dietas.
- **Nutrição Clínica:** Supervisionar a avaliação nutricional dos pacientes, a prescrição de dietas, a evolução e o registro em prontuário, garantindo a adequação da terapia nutricional.
- **Gestão da Produção:** Gerenciar todo o processo produtivo da cozinha, desde o recebimento de matérias-primas, pré-preparo, cocção, até o porcionamento e a distribuição das refeições.

- **Controle de Qualidade e Higiene:** Implementar e fiscalizar rigorosamente as boas práticas de manipulação de alimentos (Manual de Boas Práticas, POPs), garantindo a segurança alimentar.
- **Gestão de Custos e Suprimentos:** Controlar o estoque de alimentos, gerenciar o custo por refeição, planejar cardápios e realizar a compra de gêneros alimentícios.
- **Gestão de Equipe:** Liderar a equipe de nutricionistas clínicos, nutricionistas de produção, cozinheiros e copeiros.
- **Atendimento e Satisfação:** Monitorar a aceitação das dietas e a satisfação de pacientes e colaboradores com a alimentação.

Competências (CHA):

- Conhecimento em Legislação Sanitária de Alimentos, Gestão de Custos em UAN, Nutrição Clínica; Dietoterapia e Nutrição Clínica Aplicada a Diferentes Patologias. Legislação Sanitária para Serviços de Alimentação (ANVISA). Técnica Dietética e Gastronomia Hospitalar. Gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN). Gestão de Custos, Estoques e Ficha Técnica de Preparo. Microbiologia de Alimentos e Controle de Qualidade.
- Habilidade em Controle de qualidade, planejamento de cardápios, liderança de equipe operacional. Liderança de Equipes Operacionais e Técnicas. Planejamento de Cardápios Balanceados e de Baixo Custo- Cálculo de Necessidades Nutricionais e Prescrição Dietética. Implementação e Auditoria de Processos de Segurança Alimentar. Negociação com Fornecedores de Alimentos. Comunicação Empática com Pacientes e Familiares sobre restrições alimentares.
- Atitude: Rigor com higiene, foco em segurança alimentar, criatividade. **Paixão por Servir e Cuidar através do Alimento. Rigor com Higiene e Segurança:** Ser o guardião da segurança alimentar. **Criatividade:** Desenvolver preparações saborosas mesmo com restrições de ingredientes. **Organização e Planejamento:** Essencial para a gestão de uma cozinha de alta produção. **Empatia:** Compreender a importância do alimento como fonte de conforto para o paciente. **Foco em Resultados:** Controlar custos e desperdícios sem perder a qualidade.

4.7.4. REGULAÇÃO / INTERFACE SUS

Missão no Cargo: Ser a ponte entre o hospital e a rede pública de saúde, garantindo um fluxo de pacientes regulado, transparente e eficiente. Atuar como o principal elo estratégico e operacional entre a instituição de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), gerenciando o fluxo de pacientes regulados, garantindo o cumprimento dos contratos de gestão e otimizando o faturamento dos serviços prestados ao SUS.

Principais Responsabilidades:

- Gerenciar a interface com a central de regulação municipal/estadual.
- Otimizar os processos de transferência e alta regulada.
- Monitorar a fila de espera interna e o tempo de resposta.

- **Gestão de Vagas e Fluxo:** Gerenciar a oferta e a ocupação de leitos e vagas de agenda destinadas ao SUS, interagindo constantemente com as centrais de regulação (estadual/municipal).
- **Interface com Gestor SUS:** Ser o ponto de contato oficial com as Secretarias de Saúde, participando de reuniões, negociando metas e resolvendo pendências contratuais.
- **Gestão do Contrato:** Monitorar o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no contrato com o SUS.
- **Faturamento SUS:** Supervisionar ou colaborar com a equipe de faturamento para garantir que toda a produção (internações, exames, cirurgias) seja corretamente registrada, codificada (Tabela SIGTAP) e enviada para o DATASUS, maximizando o reembolso.
- **Análise de Produção:** Gerar e analisar relatórios de produção e faturamento SUS, identificando oportunidades de melhoria e gargalos no processo.
- **Resolução de Pendências:** Atuar na resolução de glosas e negativas de autorização, e resolver problemas de pacientes "presos" no sistema por questões burocráticas.

Competências (CHA):

- Conhecimento em Políticas e sistemas do SUS, processos de regulação em saúde. Política Nacional de Regulação do SUS. Funcionamento das Centrais de Regulação (SISREG, CROSS, etc.). Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP) e regras de faturamento (APAC, AIH). Legislação do SUS e Contratualização (Lei 8.080/90). Sistemas de Informação do SUS (SIA/SIH, CNES). - Análise de Dados e Excel Avançado.
- Habilidade em Negociação com gestores da rede, análise de dados de fila de espera. - **Negociação e Articulação Política:** Habilidade para negociar com gestores públicos e navegar em um ambiente burocrático. **Comunicação e Relacionamento Interpessoal:** Construir e manter uma boa relação com as equipes das centrais de regulação. **Raciocínio Analítico:** Interpretar relatórios de produção e identificar discrepâncias ou oportunidades; **Resolução de Problemas Complexos:** Desatar "nós" burocráticos que impedem o fluxo do paciente ou o faturamento. **Visão Sistêmica:** Entender como a regulação impacta a ocupação do hospital, o fluxo de caixa e a relação com a comunidade.
- Atitude: Habilidade de articulação política, foco na equidade do acesso. **Diplomacia e Jogo de Cintura:** Essencial para lidar com a burocracia e os interesses do setor público. **Persistência e Resiliência:** Não desistir diante de negativas e processos lentos. **Senso de Justiça Social:** Compreender a importância do seu papel para garantir o acesso do paciente SUS ao tratamento. **Organização e Foco:** Lidar com um grande volume de informações, planilhas e contatos. **Proatividade:** Antecipar problemas de fluxo ou faturamento e agir antes que se tornem críticos.

5. ANEXOS

5.1. WAR ROOM (Sala de Situação)

a) Conceito e Princípios

A War Room, ou Sala de Situação, é o centro nervoso da gestão de crise durante a intervenção. É um espaço físico dedicado onde o Grupo Gestor (Núcleo Duro) se reúne para tomar decisões rápidas, monitorar o progresso e garantir a comunicação fluida.

Seus princípios fundamentais são:

- **Gestão Visual:** Tornar o status do plano, os problemas e os indicadores visíveis para todos, em tempo real.
- **Comunicação Centralizada:** Ser o único ponto de verdade (single source of truth) para as informações da intervenção.
- **Tomada de Decisão Ágil:** Facilitar a resolução rápida de problemas, eliminando a burocracia.
- **Foco e Disciplina:** Manter a equipe focada nas prioridades definidas no Plano de Intervenção.

b) Layout Físico Sugerido

A War Room deve ser um espaço dedicado, de acesso restrito, próximo à diretoria, equipado com os recursos necessários para a gestão visual e a comunicação em tempo real.

ELEMENTO	DESCRIÇÃO
Localização	Uma sala de reuniões de tamanho médio, de acesso restrito, próxima à diretoria.
Mesa em "U"	Permite que todos os membros do Núcleo Duro se vejam e olhem para as paredes de gestão visual.
Equipamentos	Projetor ou TV de tela grande, sistema de videoconferência e quadros brancos móveis.
Paredes	As quatro paredes da sala são transformadas em painéis de gestão visual (Plano, Resultados, Problemas, Pessoas).

c) Estrutura dos Painéis de Gestão Visual

Cada parede da War Room tem um propósito específico, formando um ciclo de gestão completo: Planejar, Executar, Monitorar e Agir.

Parede 1: O Plano - Cronograma Físico (180 Dias)

Este é o mapa da intervenção. Um grande cronograma físico mostrando o Plano de Intervenção de 180 dias, permitindo que todos visualizem o progresso em relação ao plano geral.

Componentes principais:

- **Linha do Tempo:** Eixo horizontal com os 6 meses (ou 26 semanas) da intervenção.
- **Eixos de Ação:** Eixo vertical com os 5 eixos do plano (Governança, Financeiro, Assistencial, Pessoas, Relações Institucionais).
- **Marcos (Milestones):** Post-its ou cartões de cores diferentes para os principais entregáveis de cada eixo.

- "Linha de Hoje": Uma fita vermelha vertical que se move a cada dia, mostrando onde estamos no cronograma.

Parede 2: Os Resultados - Dashboard de KPIs

Este painel mostra a "saúde" do hospital em tempo real. É um conjunto de quadros brancos ou painéis com os principais indicadores de desempenho, utilizando o sistema de semáforo (verde, amarelo, vermelho) para facilitar a identificação de áreas críticas.

c) Indicadores por Área:

- Financeiro: Fluxo de Caixa Diário, Faturamento, Inadimplência.
- Assistencial: Taxa de Ocupação, Tempo Médio de Permanência, Taxa de Infecção Hospitalar.
- Operacional: Giro de Leito, Cancelamento de Cirurgias.

Parede 3: Os Problemas - Quadro de Ação (Kanban)

Este é o painel de ação. Um quadro Kanban para gerenciar problemas, bloqueios e ações corretivas, permitindo que a equipe visualize o fluxo de trabalho e identifique gargalos.

Estrutura (3 Colunas):

- A FAZER (To Do): Post-its com os problemas identificados ou ações necessárias.
- FAZENDO (Doing): Os post-its que estão em andamento.
- FEITO (Done): Os post-its das tarefas concluídas, dando visibilidade ao progresso.

Parede 4: As Pessoas - Stakeholders e Comunicação

Este painel gerencia o fator humano e a comunicação da crise, garantindo que as decisões considerem o impacto nas pessoas e que a comunicação seja consistente.

Componentes principais:

- Mapa de Stakeholders: Diagrama visual mostrando os principais stakeholders e seu nível de influência/interesse.
- Plano de Comunicação: Quadro com as principais mensagens, canais e frequência.
- Termômetro de Clima: Área para registrar o feedback e o "sentimento" geral dos colaboradores.

d) Rotina da War Room

Reunião Diária de Stand-up

Horário: 08:30 | Duração: 15-30 minutos | Participantes: Núcleo Duro

Roteiro:

- Revisão do Dashboard de KPIs (foco nos indicadores vermelhos).
- Revisão do Quadro Kanban (o que foi feito ontem, o que será feito hoje, quais os bloqueios).
- Alinhamento rápido com o Cronograma da semana.
- Definição das prioridades do dia.

Reunião Semanal de Resultados

Horário: Sexta-feira, 14:00 | Duração: 1-2 horas | Participantes: Núcleo Duro + Núcleo Ampliado

Roteiro:

- Análise detalhada dos KPIs da semana.
- Revisão dos marcos do Plano de Intervenção.
- Apresentação das soluções para os principais problemas da semana.
- Planejamento das prioridades da próxima semana.

e) Materiais Necessários

Para implementar a War Room, o hospital precisará dos seguintes materiais:

- Quadros brancos (grandes) ou paredes com pintura especial para escrita.
- Plotter para impressão do cronograma de 180 dias em alta resolução.
- Post-its de várias cores para o Kanban e o cronograma.
- Canetas para quadro branco (várias cores) e marcadores permanentes.
- Fita adesiva colorida e ímãs para fixação.
- Projetor ou TV de tela grande para apresentações.
- Sistema de videoconferência para reuniões remotas.

5.2 MATRIZ DE RESPONSABILIDADES – RACI – pós assinatura

Orientação Assessoria e Planejamento Ltda.

CRA/MG nº 03-001751/O

CNPJ: 20.459.954/0001-74

Documento assinado digitalmente
 **LUIZ CARLOS ALVES**
Data: 20/02/2026 21:42:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Adm. Luiz Carlos Alves

CRA/MG 37.960

CPF: 332.440.576-91

MATRIZ DE RESPONSABILIDADES (RACI)

Legenda: R = Responsável | A = Autoridade | C = Consultado | I = Informado

Atividade / Processo	Diretor Geral	Controller	Gerente Adm-Fin	Gerente Assistencial	Gerente Operacional	Coord. Enfermagem	Coord. Farmácia	Coord. Hotelaria/Manut.
1. GESTÃO ESTRATÉGICA E GOVERNANÇA								
1.1. Tomada de Decisão Estratégica	A	C	C	C	C	I	I	I
1.2. Comunicação com Prefeitura e Órgãos de Controle	A	I	I	I	I	I	I	I
1.3. Gestão de Crise com a Mídia	A	I	I	I	I	I	I	I
1.4. Relatório Semanal de Progresso	A	R	R	R	R	R	R	R
2. GESTÃO FINANCEIRA E DE CONTROLES								
2.1. Diagnóstico Financeiro e Contábil	A	R	C	I	I	I	I	I
2.2. Auditoria de Contratos e Pagamentos	C	A	R	I	I	I	I	I
2.3. Implementação de Controles Internos	C	A	R	C	C	C	C	C
2.4. Gestão do Fluxo de Caixa Diário	A	C	R	I	I	I	I	I
2.5. Renegociação de Dívidas e Contratos	A	C	R	I	I	I	I	I
2.6. Faturamento (SUS e Convênios)	C	I	A	I	R	I	I	I
3. GESTÃO ASSISTENCIAL E DA QUALIDADE								
3.1. Garantia da Segurança do Paciente	A	I	I	R	C	C	C	C
3.2. Implementação de Protocolos Clínicos	C	I	I	A	C	R	R	I
3.3. Gestão do Corpo Clínico e Escalas Médicas	A	I	I	R	C	I	I	I
3.4. Análise de Eventos Adversos	C	I	I	A	C	R	R	I
3.5. Dimensionamento de Pessoal Assistencial	I	I	C	A	I	R	I	I
4. GESTÃO OPERACIONAL E DE FLUXOS								
4.1. Gestão de Leitos e Giro Operacional	C	I	I	C	A	R	I	I
4.2. Otimização do Fluxo do Paciente	C	I	I	C	A	R	I	I
4.3. Gestão do Atendimento (Recepção, SAC)	I	I	I	C	A	R	I	I
5. GESTÃO DE PESSOAS E SUPRIMENTOS								
5.1. Gestão da Folha de Pagamento	A	C	R	I	I	I	I	I
5.2. Comunicação Interna e Clima Organizacional	A	I	C	C	C	R	I	I
5.3. Compras e Gestão de Estoques	C	C	A	C	I	C	R	R
5.4. Gestão da Infraestrutura e Manutenção	C	I	C	I	C	I	I	A

1º RELATÓRIO DE AUDITORIA

Apresentação do relatório da fase 1 (Planejamento e Preparação) que tem como objetivo realizar o entendimento profundo do contexto operacional, regulatório e financeiro do Hospital São João Batista, coletar informações preliminares sobre sua estrutura e processos, avaliar os principais riscos a serem abordados, e elaborar um Plano de Auditoria Detalhado que guiará todas as atividades futuras.

Contrato: 02/2026

SUMÁRIO

1.	CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE	2
2.	SUMÁRIO EXECUTIVO	2
3.	CONTEXTO	3
3.1.	OBJETIVO DA FASE 1	3
3.2.	IMPORTÂNCIA DA FASE 1	3
3.3.	ATIVIDADES PLANEJADAS PARA FEVEREIRO	3
3.4.	PROGRESSO DE EXECUÇÃO	3
3.4.1.	ATIVIDADE 1: REUNIÃO DE ABERTURA	3
3.4.2.	ATIVIDADE 2: VISITA TÉCNICA	4
3.4.3.	ATIVIDADE 3: DA DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA E DISPONIBILIZADA	11
3.4.4.	ATIVIDADE 4: AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE RISCOS – PENDENTE (POR FALTA DE INFORMAÇÕES)	16
3.4.5.	ATIVIDADE 5: ELABORAÇÃO DO PLANO DE AUDITORIA DETALHADO - PENDENTE	17
3.4.6.	ATIVIDADE 6: APROVAÇÃO DO PLANO DETALHADO – NÃO FOI POSSÍVEL ..	18
4.	PRÓXIMOS PASSOS	18
5.	CONCLUSÃO FINAL	19

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO MENSAL - FASE 1

Planejamento e Preparação - Fevereiro 2026

1. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

Hospital São João Batista - Visconde do Rio Branco, MG

- **Sede:** Praça Jorge Carone Filho, 806 – Visconde do Rio Branco - MG
- **CNES:** 2760843
- **CNPJ:** 26.001.230/0001-69
- **Porte:** Hospital de Médio Porte
- **Esfera administrativa:** privada
- **Tipo de Unidade:** Hospital Geral
- **Natureza Jurídica:** associação civil sem fins lucrativos

Empresa Auditora: Orientação Assessoria e Planejamento Ltda.

Período de Relatório: fevereiro de 2026

Data de Emissão: 20/02/2026

Equipe Técnica Responsável: Luiz Carlos Alves, Cristina Márcia da Silva, Sandra Bara

2. SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente Relatório de Monitoramento Mensal apresenta o progresso da **Fase 1 (Planejamento e Preparação)** da auditoria do Hospital São João Batista durante fevereiro de 2026. Esta fase é fundamental para o sucesso de toda a auditoria, pois estabelece as bases metodológicas, define o escopo detalhado, aloca recursos e alinha as expectativas com a Prefeitura e o Hospital.

Durante fevereiro, foram realizadas as seguintes atividades principais: **reunião de abertura com a Prefeitura, visita técnica preliminar sobre a estrutura organizacional e processos, avaliação preliminar de riscos, e elaboração do Plano de Auditoria Detalhado.** O progresso geral desta fase está descrito em seguida, com problemas na realização das atividades, particularmente, com percalços na realização da visita técnica e disponibilização da documentação solicitada, impossibilitando a avaliação preliminar de riscos e impedindo a elaboração do Plano de Auditoria Detalhado. conforme os prazos estabelecidos.

3. CONTEXTO

3.1. OBJETIVO DA FASE 1

A Fase 1 (Planejamento e Preparação) tem como objetivo estabelecer as bases sólidas para a execução bem-sucedida das fases subsequentes da auditoria. Nesta fase, a equipe de auditoria **realiza o entendimento profundo do contexto operacional, regulatório e financeiro do Hospital São João Batista, coleta informações preliminares sobre sua estrutura e processos, avalia os principais riscos a serem abordados, e elabora um Plano de Auditoria Detalhado** que guiará todas as atividades futuras.

3.2. IMPORTÂNCIA DA FASE 1

A qualidade da Fase 1 determina diretamente a efetividade das fases subsequentes. Um planejamento inadequado pode resultar em desperdício de recursos, foco em áreas menos críticas, e achados incompletos ou imprecisos. Portanto, a Fase 1 é executada com rigor metodológico e atenção aos detalhes, garantindo que todas as informações necessárias sejam coletadas e que os riscos sejam adequadamente identificados e priorizados.

3.3. ATIVIDADES PLANEJADAS PARA FEVEREIRO

A tabela a seguir apresenta as atividades específicas planejadas para fevereiro de 2026, conforme o Cronograma Detalhado estabelecido no Planejamento Estratégico de Auditoria:

Atividade	Data Início	Data Término	Responsável	Status Esperado
Reunião de Abertura	11/02/2026	11/02/2026	Equipe Técnica	Concluído
Coleta de Informações Preliminares	12/02/2026	12/02/2026	Equipe Técnica	Em Execução
Avaliação Preliminar de Riscos	13/02/2026	13/02/2026	Equipe Técnica	Pendente
Elaboração do Plano Detalhado	18/02/2026	24/02/2026	Equipe Técnica	Pendente
Aprovação do Plano Detalhado	25/02/2026	28/02/2026	Prefeitura/Hospital	Pendente

3.4. PROGRESSO DE EXECUÇÃO

3.4.1. ATIVIDADE 1: REUNIÃO DE ABERTURA

Data de Realização: 11 de fevereiro de 2026

Participantes: Secretário de Saúde Willian de Freitas Carlos, Prefeito Fabinho Antonucci, e equipe de auditores, Luiz Carlos Alves, Cristina Márcia da Silva e Sandra Bara

Objetivo: Apresentar o plano de trabalho, alinhar expectativas, e estabelecer canais de comunicação.

Resultados Alcançados:

- Apresentação do Planejamento Estratégico de Auditoria à Prefeitura
- Apresentação da equipe de auditoria e definição de papéis e responsabilidades
- Discussão do cronograma e prazos esperados
- Alinhamento de expectativas quanto aos achados e recomendações
- Estabelecimento de canais de comunicação e protocolos de reunião
- Confirmação de acesso às instalações, documentação e sistemas do Hospital

Status: ✓ Concluído

3.4.2. ATIVIDADE 2: VISITA TÉCNICA

Período: 12 de fevereiro de 2026

Responsável: Equipe Técnica

Objetivo: Coletar informações preliminares sobre a estrutura organizacional, processos e controles internos do Hospital.

Contexto:

- Foi realizado uma primeira visita técnica, agendada pela Prefeitura ao Hospital. Fomos recebidos pelo Provedor do Hospital e pelo Diretor Henrique Slaib Filho que não autorizou que os trabalhos fossem realizados e nem apresentou os documentos solicitados.
- Mediante este cenário, no mesmo dia, fomos ao Ministério Público para uma reunião com a Promotora de Justiça, Dra. Tatiana Lima Ribeiro, com a Analista do MP, Alessandra Rodrigues e com as presenças do Secretário Municipal de Saúde, Willian de Freitas Carlos, do Procurador Municipal de Saúde, Dr. Juan Júnior Zopelaro Costa e os representantes da equipe técnica de Auditoria, srs, Luiz Carlos Alves, Cristina Márcia da Silva e Sandra Bara relatando o ocorrido.
- Em seguida, todos os presentes nesta reunião se dirigiram ao Hospital São João Batista, ocasião em que foi franqueado o acesso às instalações físicas da entidade para a realização da vistoria pela equipe de Auditoria e pela Promotora de Justiça.
- A seguir, segue observações realizadas nesta visita cujo foco, foi um diagnóstico preliminar da Assistência:

Objetivo da visita: Apresentar para a Prefeitura o resultado da primeira visita técnica institucional realizada no Hospital São João Batista, com foco em:

- Segurança operacional

- Condições estruturais e assistenciais
- Processos organizacionais
- Segurança do paciente
- Fragilidades identificadas
- Recomendações técnicas preliminares

Contextualização da visita

A visita foi realizada com acompanhamento do Ministério Público. Registra-se que houve resistência institucional significativa por parte da unidade hospitalar, o que impactou a aplicação integral da metodologia técnica prevista.

O tempo de permanência foi reduzido, impossibilitando:

- abertura de armários de medicamentos;
- conferência formal de carrinhos de emergência;
- análise de prontuários;
- realização completa do percurso do paciente dentro da instituição.

Ainda assim, foram identificadas fragilidades relevantes que demandam intervenção imediata.

Observações relevantes quanto à:

SEGURANÇA OPERACIONAL

- Infraestrutura Crítica
- Inexistência de gerador de energia elétrica de backup para suporte às atividades assistenciais e críticas.
- Presença de pombos nos telhados próximos à enfermaria SUS, configurando risco sanitário.
- Ambientes externos sucateados.
- Ausência de equipe de manutenção visível durante a visita.
- Não evidenciada equipe de limpeza em atuação nas áreas observadas.

Ambiência e Conservação

- Banheiros próximos à recepção principal em condições precárias de conservação e higiene.
- Banheiro da enfermaria SUS em condições inadequadas de limpeza.
- Sinalização interna frágil e insuficiente.
- Ausência de sinalização indicativa de acesso à farmácia.

- Ausência de sinalização institucional sobre:
 - Segurança do paciente
 - Notificação de eventos adversos
 - Aleitamento materno

Gestão Institucional

- Inexistência de:
 - Serviço estruturado de Atendimento ao Cliente (SAC);
 - mecanismos formais de humanização;
 - painéis de gestão à vista;
 - indicadores visíveis de monitoramento assistencial ou administrativo;
 - ações institucionais voltadas ao desenvolvimento e valorização dos profissionais.
- Registro de ponto realizado simultaneamente por folha manual e sistema eletrônico, sem clareza quanto à validação e integração dos mecanismos.
- Presença de animais (cachorros) na recepção principal e acesso principal, configurando grave risco sanitário e institucional.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Condições Estruturais

- Enfermarias com:
 - paredes mofadas;
 - pintura craquelada;
 - ambiente insalubre e incompatível com assistência segura.
- Banheiros com acessibilidade estrutural teórica, porém em condições de higiene inadequadas.

Fluxo de Leitos

- Quartos com pacientes já encaminhados para cirurgia ou alta, mantendo:
 - equipos e soros pendurados;
 - ausência de descarte adequado;
 - inexistência de padronização no fluxo de desocupação do leito.

Essa condição compromete:

- rastreabilidade;
- segurança do paciente;

- controle assistencial.

Áreas de Convivência

- Espaços externos e áreas com vista para lodo externo do hospital, que deveriam ser destinados à convivência dos pacientes, encontram-se com:
 - equipamentos sucateados;
 - materiais sem identificação;
 - ausência de controle patrimonial;
 - ausência de organização;
 - ausência de humanização.

UTI ADULTO E UCINCA (SIMILAR)

Manutenção de Equipamentos

- Nenhum equipamento com identificação visível de manutenção preventiva ou corretiva.
- Ausência de rastreabilidade formal.

Nutrição Parenteral

- Direção médica informou inexistência de nutrição parenteral.
- Contudo, foram observados pacientes em uso de bombas de infusão compatíveis com nutrição parenteral.
- Gestores não souberam descrever protocolo de administração, controle ou fluxo.

Evidencia-se:

- Ausência de Farmácia Clínica estruturada;
- Ausência de Serviço formal de Nutrição Enteral e Parenteral (ENTM);
- Fragilidade na governança clínica.

Checklists e Protocolos

- Ausência de checklist fixado nos equipamentos da UCINCA.
- Verificação realizada apenas quando há utilização.
- Não evidenciada rotina estruturada de checagem preventiva.

FARMÁCIA E MEDICAMENTOS

Não foi possível verificar:

- validade das medicações;

- armazenamento;
- organização da farmácia;
- rastreabilidade da dispensação;
- quebra de carrinho de emergência.

Recomenda-se para próximas visitas:

- presença de farmacêutico da Assistência Farmacêutica Municipal;
- acesso irrestrito a:
 - geladeiras;
 - armários;
 - carrinhos;
 - registros de dispensação.

SEGURANÇA DO PACIENTE

Pontos Positivos

Foi observada:

- identificação adequada do paciente no leito;
- sinalização de risco de queda;
- sinalização de mudança de decúbito;
- sinalização de risco de lesão por pressão.

Fragilidades

- Não evidenciada utilização formal de protocolos assistenciais.
- Quebras de protocolo e fragilidades nos processos de segurança.
- Não foi possível analisar prontuários.
- Não foi realizado percurso completo do paciente.

ANÁLISE TÉCNICA CONCLUSIVA

O hospital apresenta:

- Fragilidade estrutural significativa;
- Fragilidade de governança clínica;
- Ausência de gestão de manutenção;
- Fragilidade em farmacoterapia;
- Ausência de cultura formal de protocolos;

- Insuficiência de mecanismos institucionais de segurança do paciente;
- Fragilidade organizacional e operacional.

Há risco assistencial relevante, especialmente em:

- segurança elétrica (ausência de gerador);
- manutenção de equipamentos críticos;
- gestão de medicamentos;
- nutrição parenteral;
- ambiência insalubre em enfermarias.

COM RELAÇÃO AO:

- **RELATÓRIO DE INSPEÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (122204869) - SEI 1320.01.0141525/2025-29);**
- **DA VISITA TÉCNICA PRESENCIAL REALIZADA PELA EQUIPE DESIGNADA;**
- **DA ANÁLISE DOCUMENTAL E ESTRUTURAL DA UNIDADE HOSPITALAR, QUE NÃO FOI DISPONIBILIZADA;**

Verificou-se um conjunto de irregularidades sanitárias, estruturais, assistenciais e documentais de natureza **sistêmica, reiterada e estrutural**, envolvendo:

- descumprimento de múltiplos dispositivos da RDC 63/2011, RDC 50/2002, RDC 15/2012, RDC 34/2014, RDC 611/2022, RDC 06/2013;
- ausência de regularidade técnica perante órgãos de classe;
- ausência ou inconsistência de projetos arquitetônicos aprovados;
- fragilidade na governança clínica;
- irregularidades em setores críticos (CME, neonatologia, endoscopia, radiologia, farmácia);
- inconformidades relacionadas à segurança do paciente;
- falhas de rastreabilidade e controle sanitário;
- **ausência prolongada de Alvará Sanitário válido, por período superior a 10 anos, conforme ressaltado pelo, também, Ministério Público.**

FUNDAMENTAÇÃO CONSTITUCIONAL E LEGAL

Constituição Federal

O art. 196 da Constituição Federal estabelece:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.”

O art. 197 dispõe:

“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.”

Portanto, ainda que a entidade possua natureza filantrópica privada, o serviço por ela prestado é de interesse público, submetendo-se integralmente à fiscalização estatal.

Lei nº 8.080/1990

A Lei Orgânica da Saúde impõe:

- art. 6º – vigilância sanitária como ação integrante do SUS;
- art. 7º – princípios da integralidade, segurança e qualidade;
- art. 15 – competência do poder público para normatizar, controlar e fiscalizar serviços de saúde.

Lei Estadual nº 13.317/1999 (Código de Saúde de Minas Gerais)

A legislação estadual autoriza:

- adoção de medidas cautelares quando houver risco sanitário;
- interdição parcial ou total de estabelecimentos;
- adoção de medidas administrativas extraordinárias para proteção da coletividade.

DA GRAVIDADE DAS IRREGULARIDADES

O conjunto de inconformidades constatadas não se caracteriza como falhas pontuais ou meramente formais.

Trata-se de:

- ausência de regularidade técnica institucional;
- falhas estruturais reiteradas;
- descumprimento de normas de controle de infecção;
- irregularidades na esterilização e processamento de materiais;
- fragilidade no controle de qualidade da água e climatização;
- inconformidades na rastreabilidade de medicamentos e hemocomponentes;
- ausência de regularização arquitetônica em múltiplos setores;
- ausência de médico plantonista exclusivo para internações;

- resistência institucional à fiscalização.

A situação demonstra **quebra sistêmica da governança sanitária**.

DA AUSÊNCIA DE REGULARIDADE SANITÁRIA PROLONGADA

Conforme relatado e verificado, a instituição permanece há mais de 10 anos sem Alvará Sanitário válido, configurando:

- funcionamento irregular continuado;
- descumprimento grave da legislação sanitária;
- situação consolidada de risco institucional.

A permanência prolongada da irregularidade evidencia:

- incapacidade administrativa de autossaneamento;
- risco assistencial potencial e concreto;
- vulnerabilidade estrutural da gestão.

DO RISCO SANITÁRIO E ASSISTENCIAL

A análise técnica evidencia risco potencial e concreto:

- risco de infecção hospitalar;
- risco transfusional;
- risco relacionado à esterilização inadequada;
- risco relacionado a armazenamento de medicamentos;
- risco estrutural (projetos arquitetônicos não aprovados);
- risco ocupacional;
- risco assistencial por ausência de protocolos aplicados de forma sistemática.

O risco sanitário não precisa ser comprovadamente consumado para justificar intervenção — basta sua potencialidade concreta, conforme entendimento consolidado na jurisprudência sanitária.

3.4.3. ATIVIDADE 3: DA DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA E DISPONIBILIZADA

PERÍODO: 4 de Fevereiro de 2026

Responsável: Equipe Técnica

Objetivo: Coletar informações preliminares sobre a estrutura organizacional, processos e controles internos do Hospital, referentes as **dimensões econômico-financeira, assistencial, organizacional e gestão de pessoas**.

DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA: Não foi possível, a partir das informações disponibilizadas definir:

- **Estrutura Organizacional:** - Organograma completo do Hospital - Descrição de funções e responsabilidades de cada departamento - Identificação de gestores-chave e pontos de contato - Estrutura de governança (Conselho de Administração, Diretoria, Comitês)
- **Processos Principais:** - Mapeamento de processos críticos (financeiro, operacional, RH, etc.) - Identificação de fluxos de informação e tomada de decisão - Documentação de procedimentos operacionais padrão - Identificação de sistemas de informação utilizados
- **Controles Internos:** - Avaliação preliminar da estrutura de controles internos - Identificação de políticas e procedimentos de controle - Avaliação da segregação de funções - Identificação de pontos fracos nos controles

DOCUMENTAÇÃO DISPONIBILIZADAS: Estatuto Social - Relatórios financeiros de 2024, com parecer da auditoria contábil independente.

ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO COLETADA:

Até a presente data recebemos uma parte ínfima da documentação solicitada.

Segundo nosso planejamento a análise documental abrangerá **dezessete áreas críticas**, incluindo, mas não se limitando a: **Financeira e Contábil, Recursos Humanos, Operacional e Assistencial, Regulatória e Jurídica, Compras e Suprimentos, Faturamento e Auditoria de Contas Médicas, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos, Infraestrutura e Manutenção, Tecnologia da Informação (TI) e Proteção de Dados, Ambiental e Gestão de Resíduos, Educação Continuada e Qualificação Profissional, Governança e Compliance, Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, Pacientes e Experiência do Usuário, Parcerias e Convênios com o SUS, Farmácia Hospitalar e Controle de Medicamentos, e Gestão de Terceirizados.**

Com ela teremos condições de ter um entendimento do ambiente operacional, regulatório e financeiro e, a partir dos dados disponibilizados, utilizando técnicas de análise de dados:

- identificar anomalias, tendências de padrões;
- a avaliação de conformidade do hospital com as normas e regulamentos aplicáveis;
- detecção e documentação de quaisquer irregularidades ou não conformidades;
- elaboração do **Diagnóstico Técnico**, com a consolidação de achados de auditoria.

Até a data (19/02/2026) recebemos, além dos **Estatutos Sociais, somente as demonstrações contábeis de 2024 e o relatório de Auditoria Independente do período.**

A análise das Demonstrações Contábeis visa estabelecer as condições econômico-financeiras da entidade, se ela está criando ou destruindo valor, sua solvência e capacidade de continuar operando, entre outros fatores.

Para uma análise de desempenho contábil/financeiro robusta, **de 3 a 5 períodos são considerados suficientes**. Para um diagnóstico de desempenho (rentabilidade, endividamento, giro, etc.), **3 a 5 anos** equilibram a necessidade de dados históricos sem perder a relevância do cenário atual.

Embora analisar apenas dois anos, como é o caso, permita calcular variações percentuais (análise horizontal), esse prazo é muito curto para identificar tendências estruturais.

Por que de 3 a 5 anos?

- **Identificação de Tendências (Análise Horizontal):** Um único ano pode ser atípico (ex: o período da covid). Três ou mais anos permitem ver se uma queda na rentabilidade foi um evento único ou uma tendência de declínio.
- **Ciclos Econômicos:** Muitas empresas dependem de ciclos de mercado. Um período de 5 anos geralmente abrange um ciclo completo de alta e baixa econômica, permitindo avaliar a resiliência da empresa em diferentes cenários.
- **Normalização de Resultados:** Eventos extraordinários (covid, processos judiciais) distorcem análises curtas. Mais períodos ajudam a "suavizar" a curva de desempenho.

As demonstrações contábeis de 2024 foram auditadas por Castro, Serra, Nirdo Auditores Independentes, que apresentou **opinião com ressalvas** (estoques não validados, subvenções não segregadas anteriormente a 2024, falta de inventário físico e controle individualizado dos bens componentes do Ativo Imobilizado e testes de recuperabilidade desses bens. Os valores são significativos – 73% do Ativo Total.

Adicionalmente o Parecer ressalta a “**incerteza relevante relacionada com a continuidade operacional**”, com passivo a descoberto (passivo excedeu o total do ativo em R\$ 7.212.607,60).

É importante destacar que nos dois exercícios reportados cresceram significativamente, o resultado negativo, o endividamento, tendo os indicadores de liquidez e solvência piorado significativamente.

Vide os seguintes relatórios (abaixo):

Demonstração do Resultado do Exercício	2023	2024
Em R\$		
Receita Operacional Líquida (ROL)	22.918.327	30.694.779
(-) Custo de Bens e Serviços	-	-
Resultado Bruto	22.918.327	30.694.779
Margem Bruta	100,00%	100,00%
Despesas Administrativas e Operacionais	(23.145.770)	(31.733.711)
Outras Receitas e Despesas Operacionais	(96.040)	(154.358)
Ebitda	(323.482)	(1.193.290)
Margem Ebitda	-1,41%	-3,89%
(-) Depreciações e Amortizações	-	(709.725)
Ebit	(323.482)	(1.903.015)
Resultado Financeiro	(1.464.912)	(1.357.996)
Receitas financeiras	209.523	199.341
Despesas Financeiras	(1.674.435)	(1.557.337)
Resultado Operacional	(1.788.394)	(3.261.011)
Benefícios Obtidos	-	-
Resultado Líquido	(1.788.394)	(3.261.011)
Margem Líquida	-7,80%	-10,62%

Endividamento - Situação Financeira e Dívida	2023	2024
Empréstimos bancários e outros empréstimos	9.495.717	11.247.302
Outras obrigações do passivo circulante cíclico	6.165.198	6.169.584
(-) Caixa e equivalentes	(4.435.070)	(2.798.790)
Dívida onerosa Líquida (curto, médio e longo prazo)	5.060.647	8.448.511
Dívida onerosa de curto prazo	1.018.229	3.229.599
Dívida onerosa de médio/longo prazo	8.477.489	8.017.703

CÁLCULO DO EVA		
Demonstrações Financeiras 2024		
	2023	2024
EVA = (ROI - CMPC) X INVESTIMENTO	(184.722,50)	(1.467.616,88)
INVESTIMENTO = AT - PNO	5.544.120,80	4.034.694,06
ROI = LOL/INVESTIMENTO	(0,32)	(0,81)
CMPC = (wi x ki) + (we x ke)	(0,29)	(0,44)
wi = PO / Investimento	1,71	2,79
ki = (DF/PO) x (1 - IR)	(0,11)	(0,09)
we = PL / Investimento	(0,71)	(1,79)
ke = taxa selic líquida	13,04%	10,83%
Ativo total	18.587.190,60	12.493.785,53
Patrimônio Líquido	(3.951.596,57)	(7.212.607,60)
Passivo Oneroso	9.495.717,37	11.247.301,66
Passivo não Oneroso	13.043.069,80	8.459.091,47
Vendas Líquidas	22.918.327,46	30.694.779,11
Resultado Bruto	22.918.327,46	30.694.779,11
Despesas Financeiras	(1.674.435,25)	(1.557.336,53)
Resultado operacional antes do Imposto de Renda	-1.788.393,61	-3.261.011,03
Resultado operacional após o Imposto de Renda	(1.788.393,61)	(3.261.011,03)
Resultado Líquido	(1.788.393,61)	(3.261.011,03)
Alíquota do IR	0,00%	0,00%

O EVA ou **Economic Value Added** ou **Valor Econômico Adicionado**, demonstra se uma empresa está criando ou destruindo valor real, indo além do lucro contábil. Ele mostra o lucro operacional após impostos menos o custo de todo o capital investido (próprio e terceiros), indicando a eficiência na geração de riqueza. No caso se evidencia a destruição de valor crescente;

A questão da “incerteza relevante relacionada com a continuidade operacional” é objeto de explicações nas Notas Explicativas (Nota 5) da entidade, que aponta um conjunto de medidas para tentar superar essa situação. Quanto a isto, temos a observar:

1. Foi apontado que o hospital não vem desempenhando adequadamente uma de suas funções estratégicas relacionadas à gestão da farmacoterapia, especialmente no que se refere à racionalização de custos e à padronização de medicamentos. Observa-se fragilidade na atuação da farmácia hospitalar, uma vez que não há evidências de controle efetivo sobre a padronização

farmacológica, permitindo, aparentemente, o atendimento indiscriminado de solicitações individuais de profissionais para aquisição de determinados medicamentos, o que compromete a sustentabilidade financeira da instituição;

2. Destaca-se ainda fragilidade técnica na condução das atividades farmacêuticas, indicando possível deficiência estrutural ou gerencial no setor. Ressalta-se que tais apontamentos já haviam sido identificados no exercício de 2024 e permanecem sem resolução no ano subsequente.
3. Quanto à discussão envolvendo o teto MAC (Média e Alta Complexidade), trata-se de tema mais complexo, uma vez que sua ampliação não depende exclusivamente da demanda municipal, mas da comprovação técnica de déficit assistencial e produção excedente. Observou-se que o hospital apresenta taxa média de ocupação aproximada de 97%, indicando alto nível de utilização da capacidade instalada. Nesse contexto, questiona-se a fundamentação técnica para solicitação de reequilíbrio financeiro ou ampliação do teto MAC, considerando que não há demonstração clara de produção significativamente superior à já contratualizada.
4. Embora seja reconhecido que os valores financeiros do SUS permanecem por longos períodos sem atualização substancial, observa-se que existem aportes financeiros adicionais provenientes de diferentes fontes, tais como incentivos estaduais, resoluções da Secretaria de Estado de Saúde, convênios específicos, recursos ministeriais e incentivos vinculados às redes temáticas, especialmente urgência e emergência, que regularmente aportam recursos ao hospital.
5. Também foi levantada dúvida quanto à alegação de redução de repasses financeiros. Considerando que grande parte dos recursos possui destinação vinculada, entende-se que tais valores devem obrigatoriamente ser transferidos conforme pactuação. Não ficou claro quais repasses efetivamente deixaram de ocorrer durante a gestão municipal anterior, nem houve demonstração objetiva da situação financeira real da instituição.
6. Por fim, observa-se possível fragilidade na compreensão dos aspectos técnicos de gestão hospitalar por parte dos responsáveis pela elaboração da nota apresentada, o que pode ter contribuído para inconsistências nas justificativas expostas.

Status: ✓ Parcialmente Concluído

3.4.4. ATIVIDADE 4: AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE RISCOS – PENDENTE (POR FALTA DE INFORMAÇÕES)

Período Previsto: 11 a 17 de fevereiro de 2026

Responsável: Equipe Técnica

Objetivo: Identificar e priorizar os principais riscos a serem abordados na auditoria.

Metodologia: A avaliação preliminar de riscos foi realizada utilizando uma matriz de risco que considera a probabilidade de ocorrência e o impacto potencial de cada risco. Os riscos seriam classificados em três categorias: críticos, altos e médios.

Riscos Identificados:

Risco	Área	Probabilidade	Impacto	Classificação	Ação
Deficiências em Controles Financeiros	Financeira	Alta	Crítico	Crítico	Investigação Aprofundada
Não Conformidade com ANVISA	Operacional	Alta	Crítico	Crítico	Investigação Aprofundada
Deficiências em Segurança do Paciente	Operacional	Alta	Crítico	Crítico	Investigação Aprofundada
Problemas em Gestão de Pessoas	RH	Média	Alto	Alto	Investigação Detalhada
Deficiências em Governança	Governança	Média	Crítico	Crítico	Investigação Aprofundada

Priorização: Os riscos seriam priorizados com base na matriz de risco, resultando em foco especial nas áreas de Controles Financeiros, Conformidade Regulatória, Segurança do Paciente e Governança Institucional.

Status: ✓ *PENDENTE*

3.4.5. ATIVIDADE 5: ELABORAÇÃO DO PLANO DE AUDITORIA DETALHADO - PENDENTE

Período: 18 a 24 de fevereiro de 2026

Responsável: Equipe Técnica

Objetivo: Elaborar um Plano de Auditoria Detalhado que guiará as fases subsequentes.

Conteúdo do Plano Detalhado:

O Plano de Auditoria Detalhado inclui:

- **Objetivos Específicos Refinados:** Refinamento dos objetivos gerais da auditoria com base na avaliação preliminar de riscos
- **Escopo Detalhado:** Definição precisa de quais áreas, processos e documentos serão auditados

- **Metodologia Específica:** Descrição detalhada dos procedimentos de auditoria a serem utilizados em cada área
- **Cronograma Detalhado:** Cronograma específico para as fases subsequentes, com atividades, prazos e responsáveis
- **Alocação de Recursos:** Definição da equipe de auditoria, habilidades necessárias e alocação de horas
- **CrITÉRIOS de Avaliação:** Definição dos critérios que serão utilizados para avaliar a conformidade e identificar irregularidades
- **Matriz de Risco:** Matriz detalhada de riscos e controles a serem avaliados

Documentação Gerada: Plano de Auditoria Detalhado (documento formal)

Status: ✓ *PENDENTE*

3.4.6. ATIVIDADE 6: APROVAÇÃO DO PLANO DETALHADO – NÃO FOI POSSÍVEL

Período: 25 a 28 de fevereiro de 2026

Responsável: Prefeitura

Objetivo: Obter aprovação formal do Plano de Auditoria Detalhado pelas partes interessadas.

Processo de Aprovação:

- Apresentação do Plano Detalhado à Prefeitura
- Discussão de dúvidas e esclarecimentos
- Incorporação de sugestões (se aplicável)
- Aprovação formal do Plano

Status: PENDENTE

4. PRÓXIMOS PASSOS

Mediante análise preliminar, a visita técnica realizada e dada as gravidades constatadas, RECOMENDAMOS:

1. Implantação urgente de plano de contingência para energia elétrica.
2. Retirada imediata de animais da área hospitalar.
3. Plano emergencial de higienização profunda.
4. Inventário e identificação de todos os equipamentos.
5. Instituição formal do Núcleo de Segurança do Paciente.
6. Auditoria farmacêutica imediata.
7. Implantação de protocolo formal para nutrição parenteral.

8. Regularização da ambiência das enfermarias SUS.
9. Definição formal de governança clínica com RT Médico ativo.
10. Garantia de acesso irrestrito às próximas visitas técnicas.
11. Elaboração e implantação da gestão de riscos (matriz de risco).
12. Organização do processo de gestão e governança clínica e geral do Hospital.
13. Criação de um grupo gestor responsável pela administração do Hospital (perfil em documento anexo)

5. CONCLUSÃO FINAL

O Hospital São João Batista demanda intervenção organizacional estruturada e imediata, com reordenamento técnico-assistencial e administrativo, a fim de mitigar riscos à segurança do paciente e restaurar condições mínimas de funcionamento seguro.

O conjunto probatório revela que a manutenção do atual modelo de gestão coloca em risco: a segurança do paciente; a qualidade assistencial; a regularidade sanitária; o interesse público.

À luz da Constituição Federal, da Lei Orgânica da Saúde, da Lei Estadual nº 13.317/1999 e das RDCs da ANVISA aplicáveis, mostra-se juridicamente cabível e tecnicamente recomendável a adoção de medidas excepcionais de intervenção administrativa sanitária, como instrumento de proteção à saúde coletiva.

Para nortear o processo de intervenção, podemos considerar os seguintes aspectos referentes a dimensão **ASSISTÊNCIA E OPERACIONAL**:

- **Considerando** que o Hospital São João Batista encontra-se classificado como hospital geral com capacidade operacional de 100 leitos, conforme descrito em relatório oficial da Vigilância Sanitária, exercendo função assistencial regional estratégica;
- **Considerando** que a prestação de serviços hospitalares constitui atividade de relevante interesse público e integra o Sistema Único de Saúde, submetendo-se às normas da Lei nº 8.080/1990 (arts. 6º, 7º e 15);
- **Considerando** que o art. 196 da Constituição Federal estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, impondo a adoção de políticas que reduzam o risco de doença e outros agravos;
- **Considerando** que o art. 197 da Constituição Federal dispõe que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- **Considerando** que foi constatada ausência de Certificado de Regularidade Técnica emitido pelo CRM/MG, em descumprimento ao art. 14 da RDC 63/2011;

- **Considerando** a divergência entre o número de leitos informados e o cadastro no CNES, configurando infração ao art. 13 da RDC 63/2011, com potencial impacto na regulação assistencial;
- **Considerando** a ausência de PCMSO, descumprindo o art. 23, II da RDC 63/2011, comprometendo a proteção à saúde ocupacional;
- **Considerando** a inexistência de registros formais de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, em afronta ao art. 42 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a ausência de registros de manutenção de sistemas de climatização, descumprindo o art. 23, IX da RDC 63/2011;
- **Considerando** que a Farmácia Hospitalar apresenta infiltrações estruturais, em violação ao art. 36 da RDC 63/2011;
- **Considerando** que a área física da Farmácia encontra-se subdimensionada, descumprindo o art. 17 da RDC 63/2011;
- **Considerando** que os procedimentos operacionais não estavam devidamente padronizados e revisados, em afronta ao art. 51 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a ausência de programa estruturado de treinamento continuado, em descumprimento ao art. 32 da RDC 63/2011;
- **Considerando** que a Lavanderia apresentou resultado insatisfatório quanto ao cloro residual livre na água, sem comprovação de medidas corretivas, violando o art. 39 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a ausência de projeto arquitetônico aprovado em diversos setores, em descumprimento ao art. 34 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a ausência de área adequada de recepção de produtos na CME, em violação ao art. 49 da RDC 15/2012;
- **Considerando** divergência entre ciclo qualificado e ciclo efetivamente utilizado na lavadora ultrassônica da CME, violando o art. 37 da RDC 15/2012;
- **Considerando** a ausência de monitoramento da qualidade da água utilizada na geração de vapor das autoclaves, descumprindo o art. 95 da RDC 15/2012;
- **Considerando** a ausência de capacitação específica e periódica dos profissionais da CME, descumprindo o art. 29 da RDC 15/2012;
- **Considerando** que o setor de Endoscopia não possui projeto arquitetônico aprovado, em descumprimento ao art. 23, I da RDC 63/2011;
- **Considerando** a ausência de registro diário completo dos procedimentos endoscópicos, descumprindo o art. 6º da RDC 06/2013;
- **Considerando** que a sala de processamento da endoscopia não atende aos requisitos de climatização exigidos pelo art. 26 da RDC 06/2013;

- **Considerando** a inexistência de procedimentos formais de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na Agência Transfusional, violando o art. 9º da RDC 34/2014;
- **Considerando** ausência de procedimentos escritos para manejo de hemocomponentes rejeitados, em descumprimento ao art. 117 da RDC 34/2014;
- **Considerando** que o setor de radiodiagnóstico apresentou irregularidade quanto à validade de alvará sanitário de empresa terceirizada, descumprindo o art. 10 da RDC 63/2011;
- **Considerando** que o Programa de Garantia da Qualidade do setor de imagem não contempla auditorias internas comprovadas, violando o art. 24 da RDC 611/2022;
- **Considerando** que não foram evidenciados protocolos assistenciais formais em aplicação prática, contrariando o art. 8º e art. 53 da RDC 63/2011 (segurança assistencial);
- **Considerando** que a visita presencial constatou ambientes insalubres com mofo, infiltração e deterioração estrutural, violando o art. 36 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a inexistência de controle adequado de temperatura em ambiente de armazenamento de vacinas, descumprindo o art. 54 da RDC 63/2011;
- **Considerando** o armazenamento indevido de medicamento (ocitocina) junto a vacinas, violando o art. 55 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a inexistência de pontos de ar comprimido e vácuo suficientes nos leitos pediátricos, descumprindo o item 7.4 da RDC 50/2002;
- **Considerando** que o quarto de isolamento pediátrico não possui banheiro, em descumprimento ao item B.1.5 da RDC 50/2002;
- **Considerando** a ausência de médico plantonista exclusivo para setor de internação, fragilizando a segurança assistencial e contrariando os princípios da integralidade e continuidade do cuidado (Lei 8.080/90);
- **Considerando** que a instituição apresentou resistência ao acompanhamento técnico, dificultando a fiscalização sanitária;
- **Considerando** que as irregularidades apontadas não se restringem a falhas formais documentais, mas alcançam estrutura física, governança clínica e segurança assistencial;
- **Considerando** que as inconformidades são reiteradas e estruturais, indicando falha sistêmica de gestão sanitária;
- **Considerando** que a Lei Estadual nº 13.317/1999 autoriza a autoridade sanitária a adotar medidas cautelares quando houver risco à saúde pública;

- **Considerando** que a ausência prolongada de Alvará Sanitário válido, por período superior a 10 anos, configura situação de irregularidade continuada e afronta ao regime jurídico sanitário;
- **Considerando** que o conjunto das irregularidades demonstra potencial risco sanitário e assistencial, especialmente em setores críticos como CME, neonatologia, farmácia e internação;
- **Considerando**, por fim, que a permanência das irregularidades compromete o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF) e o direito fundamental à saúde (art. 196, CF), legitimando a adoção de medidas excepcionais de intervenção administrativa para reestruturação da unidade hospitalar.

Orientação Assessoria e Planejamento Ltda.

CRA/MG nº 03-001751/O

CNPJ: 20.459.954/0001-74

Documento assinado digitalmente
 **LUIZ CARLOS ALVES**
Data: 20/02/2026 21:42:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Adm. Luiz Carlos Alves

CRA/MG 37.960

CPF: 332.440.576-91