

**ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO DO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025-SES/MS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DO MATO GROSSO DO SUL**

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE (ISMS), pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, sediada Rua Alvorada, nº 1.289, 15º Andar, Conjunto 1501, Vila Olímpia, CEP: 04.550-004, São Paulo - SP, devidamente inscrito no CNPJ/MF sob nº 18.963.002/0001-41, neste ato representado na forma de seu Estatuto Social, por sua procuradora regularmente constituída nos autos, conforme instrumento de mandato apresentado no credenciamento da sessão realizada em 04 de novembro de 2025, vem, respeitosamente, à presença de Vossas Senhorias, com fundamento no item VII do Edital do Chamamento Público nº 001/2025-SES/MS, interpor o presente

RECURSO ADMINISTRATIVO

em face da decisão de reavaliação das propostas técnicas, divulgada no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul, Edição nº 12.194, de 23 de junho de 2026, que tornou público o novo resultado da fase de julgamento das propostas técnicas após a revisão promovida em cumprimento às determinações administrativas decorrentes da autotutela exercida pela Administração e da decisão proferida pelo Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul, pelas razões de fato e de direito a seguir expostas.

1. DA TEMPESTIVIDADE

O presente recurso é tempestivo.

Nos termos do item 7.3 do Edital do Chamamento Público nº 001/2025-SES/MS, o prazo para interposição de recurso administrativo é de 3 (três) dias úteis, contados do primeiro dia útil subsequente à publicação do resultado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul (DOE/MS).

No presente caso, a decisão decorrente da reavaliação das propostas técnicas foi publicada no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul, Edição nº 12.194, de 23 de junho de 2026, oportunidade em que foi divulgado o novo resultado da fase de julgamento das propostas técnicas, em cumprimento às determinações administrativas e ao procedimento de reanálise promovido pela Comissão de Contratação.

Assim, o prazo recursal teve início em 24 de junho de 2026, primeiro dia útil subsequente à publicação, encerrando-se em 26 de junho de 2026.

Dessa forma, o presente recurso é interposto dentro do prazo previsto no edital, razão pela qual deve ser reconhecida sua tempestividade.

2. DOS FATOS

Conforme publicado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul, Edição nº 12.194, de 23 de junho de 2026, a Comissão de Contratação promoveu nova análise das propostas técnicas apresentadas pelas organizações sociais participantes do Chamamento Público nº 001/2025-SES/MS, em cumprimento à Decisão Singular Interlocutória DSI-GSP-476/2026, proferida pelo Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul, bem como à Decisão Administrativa do Secretário de Estado de Saúde.

Ao final da reavaliação, o Instituto Social Mais Saúde - ISMS obteve **171 (cento e setenta e um) pontos**, permanecendo classificado em primeiro lugar na fase técnica, enquanto o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC obteve **168,16 (cento e sessenta e oito vírgula dezesseis) pontos**, conforme resultado divulgado pela Comissão.

Entretanto, ao proceder à análise minuciosa da nova ata de julgamento e das justificativas adotadas pela Comissão, o Recorrente verificou que persistem equívocos na atribuição da pontuação de sua proposta técnica, os quais impediram o reconhecimento integral de requisitos que foram devidamente atendidos e comprovados na documentação apresentada.

Em especial, o Recorrente entende que sua proposta técnica contempla integralmente os elementos exigidos pelo edital relativamente aos itens cuja pontuação foi atribuída apenas parcialmente, fazendo jus, portanto, à pontuação máxima correspondente aos respectivos critérios de avaliação.

Paralelamente, constatou-se que a proposta técnica apresentada pelo ISAC contém inconsistências e desconformidades que comprometem o atendimento de diversos requisitos editalícios, circunstâncias que, à luz das regras do instrumento convocatório, ensejam sua desclassificação do certame.

Dessa forma, o presente recurso administrativo possui dupla finalidade: demonstrar o direito do Recorrente à revisão da pontuação atribuída à sua proposta técnica, com a consequente atribuição da pontuação máxima nos itens efetivamente atendidos, bem como evidenciar as irregularidades verificadas na proposta técnica do ISAC, as quais impõem sua desclassificação, conforme será detalhadamente demonstrado nos tópicos seguintes.

3. DA NECESSIDADE DE REVISÃO DA PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA AO ISMS

Na nova avaliação das propostas técnicas, a Comissão atribuiu ao Recorrente 4 (quatro) dos 6 (seis) pontos previstos para o critério "*Proposta para implantação de metodologia/modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados*", consignando como justificativa que:

"A proposta apresentou prazos e responsáveis, correspondente a 2/3 do item. Aplicado princípio da proporcionalidade conforme Decisão Singular Interlocutória DSI-GSP-476/2026."

Inicialmente, cumpre registrar que o Recorrente reconhece o cuidado da Comissão ao reavaliar o item à luz da decisão proferida pelo Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul, tendo sido corretamente reconhecido que a proposta contempla os responsáveis institucionais e o cronograma de implantação da metodologia.

Todavia, com o devido respeito, entende o recorrente que a proposta técnica também contempla de forma expressa os **recursos alocados** para implantação da metodologia, razão pela qual faz jus à atribuição da pontuação integral prevista para o critério.

Ao revisitar o conteúdo da proposta técnica, verifica-se que a implantação da metodologia de Valor em Saúde foi estruturada mediante a definição dos recursos

humanos, tecnológicos, organizacionais e operacionais necessários à sua execução, não se limitando à apresentação de conceitos teóricos.

O projeto apresentado pelo Recorrente estrutura a implantação da metodologia **Diagnosis Related Groups (DRG)**, integrada ao modelo de **Value Based Healthcare (VBHC)**, contemplando a descrição da metodologia, cronograma de implantação, definição das responsabilidades institucionais, mecanismos de governança, monitoramento de indicadores e recursos necessários à sua operacionalização.

Sob o aspecto dos **recursos humanos**, a proposta prevê equipe vinculada à Diretoria Técnica, composta, dentre outros profissionais, por enfermeira e analista de desempenho, cujas atribuições, cargas horárias e custos encontram-se discriminados no dimensionamento de pessoal, responsáveis pela condução, monitoramento e avaliação da metodologia proposta.

Quanto aos **recursos tecnológicos**, a proposta contempla a utilização de solução especializada baseada na metodologia DRG, notadamente o sistema **DRG Brasil**, ferramenta destinada à classificação de casos clínicos, análise de desempenho assistencial e geração de indicadores assistenciais e gerenciais orientados por valor.

A proposta técnica descreve expressamente a utilização dessa solução como instrumento de apoio à governança clínica e à mensuração de desfechos assistenciais, contemplando, inclusive, a integração do sistema DRG ao prontuário eletrônico, aos sistemas de faturamento e às ferramentas de análise de dados, assegurando toda a infraestrutura tecnológica necessária à operacionalização da metodologia.

Sob a perspectiva **organizacional**, a proposta estabelece estrutura permanente de governança clínica integrada pela Diretoria Técnica, Núcleo Interno de Regulação (NIR), Núcleo de Segurança do Paciente, Programa de Acreditação ONA, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Óbitos e demais instâncias de gestão, responsáveis pelo acompanhamento dos indicadores, monitoramento dos resultados e implementação contínua das ações de melhoria.

Adicionalmente, os **recursos financeiros** destinados à implantação da metodologia encontram-se contemplados na Proposta Financeira apresentada pelo ISMS, na qual foram previstos os custos necessários à execução integral do projeto. Embora a avaliação da proposta financeira constitua etapa própria do certame, tal circunstância evidencia que a implantação da metodologia foi concebida de forma plenamente exequível, com previsão dos recursos indispensáveis à sua implementação.

Cumpra-se destacar que a metodologia **DRG** constitui ferramenta internacionalmente reconhecida de gestão baseada em valor, cuja finalidade é permitir a classificação dos pacientes segundo sua complexidade clínica, a mensuração de desfechos assistenciais, a avaliação da utilização de recursos hospitalares, o monitoramento da eficiência operacional e o suporte à tomada de decisão gerencial baseada em indicadores objetivos.

A própria literatura técnica especializada sobre a metodologia DRG reconhece que a implantação de modelos de **Value Based Healthcare** pressupõe a integração entre governança clínica, monitoramento de indicadores assistenciais, análise de desfechos clínicos, utilização de soluções tecnológicas específicas e gestão orientada por resultados. Nesse sentido, a metodologia **DRG Brasil** descreve que sua aplicação busca estruturar modelos de gestão voltados à qualidade assistencial, segurança do paciente, eficiência operacional, redução de desperdícios e melhoria da experiência do paciente, exatamente os pilares contemplados na proposta técnica apresentada pelo ISMS.

Nesse contexto, a proposta apresentada demonstra a aplicação prática da metodologia ao Hospital Regional Dr. José de Simone Netto por meio da articulação sistêmica da Governança Clínica, do Núcleo Interno de Regulação (NIR), do Núcleo de Segurança do Paciente, do Programa de Acreditação ONA, da gestão de indicadores assistenciais, da gestão de desfechos clínicos, do monitoramento da permanência hospitalar, da gestão da eficiência operacional, da avaliação da experiência do paciente e da metodologia DRG como instrumento de mensuração do valor assistencial.

Trata-se, portanto, de modelo institucional completo, estruturado e diretamente aplicável à realidade operacional da unidade hospitalar objeto do presente Chamamento Público.

Importante observar que a própria Comissão reconheceu que a proposta contempla os responsáveis institucionais e o cronograma de implantação. Todavia, ao atribuir apenas pontuação parcial, deixou de considerar que os recursos necessários à implantação igualmente se encontram previstos ao longo da proposta técnica, tanto sob a perspectiva dos recursos humanos quanto dos recursos tecnológicos, organizacionais e financeiros.

Dessa forma, verifica-se que a proposta apresentada contempla, de maneira estruturada e devidamente documentada, a definição da área institucional responsável pela implantação da metodologia, a correspondente estrutura de governança clínica para acompanhamento e monitoramento do projeto, a alocação de recursos humanos especializados, conforme demonstrado no dimensionamento de pessoal, a previsão de recursos tecnológicos, incluindo a utilização de solução especializada baseada na metodologia

DRG, os recursos financeiros necessários à execução da metodologia, além do cronograma detalhado de implantação, com definição das etapas e respectivos prazos.

Evidencia-se, portanto, que a proposta técnica do Recorrente atende integralmente aos elementos exigidos pelo critério de avaliação, contemplando responsáveis, prazos e recursos alocados, não havendo fundamento para a atribuição de pontuação parcial.

Diante do exposto, requer o Recorrente a revisão da pontuação atribuída ao referido item, com a consequente atribuição da **pontuação máxima de 6 (seis) pontos**, porquanto a proposta apresentada atende integralmente às exigências editalícias, demonstrando modelo completo de implantação da metodologia de Valor em Saúde, sustentado por estrutura de governança, recursos humanos, tecnológicos e financeiros, cronograma de execução e metodologia internacionalmente reconhecida para gestão baseada em valor.

4. DA NECESSÁRIA DE DESCLASSIFICAÇÃO DO INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC - DESCUMPRIMENTO DO ITEM 5.4.4 DO EDITAL

Antes mesmo da análise do mérito da Proposta Técnica apresentada pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, impõe-se o reconhecimento de vício objetivo, grave e insanável, suficiente, por si só, para ensejar sua imediata desclassificação do certame.

Isso porque o próprio Edital do Chamamento Público nº 001/2025–SES/MS estabeleceu regra objetiva destinada a preservar a imparcialidade do julgamento técnico, a segregação das fases do certame e a igualdade de tratamento entre todas as organizações sociais participantes, dispondo expressamente:

"5.4.4. A inclusão de qualquer documento da PROPOSTA FINANCEIRA, no envelope da PROPOSTA TÉCNICA, acarretará a desclassificação sumária da proponente do certame." (Grifo Nosso)

A redação do dispositivo não comporta interpretação ampliativa ou mitigadora.

O edital não condiciona a incidência da sanção à demonstração de prejuízo ao certame, à existência de dolo, à relevância da informação financeira apresentada ou ao grau de influência sobre a avaliação técnica. Ao contrário, estabelece consequência jurídica objetiva e previamente conhecida por todos os participantes: a inclusão de qualquer

documento de natureza financeira no Envelope da Proposta Técnica acarreta, obrigatoriamente, a desclassificação da proponente.

Tal regra encontra fundamento nos princípios que regem as contratações públicas, especialmente na vinculação ao instrumento convocatório, na isonomia, no julgamento objetivo, na impessoalidade, na transparência e na segurança jurídica, todos expressamente previstos no art. 5º da Lei Federal nº 14.133/2021.

O princípio da vinculação ao instrumento convocatório impõe que tanto os licitantes quanto a própria Administração Pública observem rigorosamente as regras previamente estabelecidas no edital, vedando à Comissão de Contratação criar exceções, flexibilizar exigências ou deixar de aplicar consequências expressamente previstas no instrumento convocatório.

No presente caso, verifica-se que o ISAC apresentou, às páginas 1329 a 1331 do segundo arquivo integrante de sua Proposta Técnica (**Doc. 01**), documento denominado:

"Anexo I

5.2.1. Apresentação quadro de pessoal médico compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços

5.2.2. Apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário"

O próprio documento demonstra que sua finalidade era exclusivamente atender aos critérios de julgamento previstos no Item C – Técnica, relativos ao dimensionamento da equipe médica e técnica.

Todavia, ao invés de limitar-se às informações exigidas pelo edital, o ISAC apresentou verdadeira planilha de composição de custos de pessoal, contendo colunas específicas de **Remuneração Base, Encargos Trabalhistas (CLT), Provisões, Outros Custos, Total da Remuneração Mensal e Total Anual por Cargo**, antecipando informações inequivocamente financeiras.

Importante destacar que o Anexo IV – Critérios de Julgamento da Proposta Técnica é absolutamente objetivo ao definir o conteúdo exigido para esse item.

Para o quadro de pessoal médico exige-se apenas a apresentação da forma de vínculo, horário e, quando cabível, título de especialista. Para o quadro de pessoal técnico exige-se exclusivamente a indicação da forma de vínculo e do horário de trabalho.

Em nenhum momento o edital solicita a apresentação de remuneração dos profissionais, encargos sociais, provisões trabalhistas, custos mensais, custos anuais ou qualquer outro elemento de natureza econômico-financeira.

Portanto, não há qualquer justificativa para que tais informações tenham sido inseridas na Proposta Técnica.

A inclusão desses dados extrapola completamente o conteúdo exigido pelo edital e evidencia a antecipação de elementos próprios da Proposta Financeira, justamente aqueles cuja divulgação deveria permanecer restrita à terceira fase do certame.

Essa segregação entre as fases técnica e financeira não constitui mera formalidade procedimental.

Esse entendimento, inclusive, foi expressamente reconhecido pelo Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul ao apreciar este mesmo Chamamento Público, oportunidade em que consignou que o procedimento foi estruturado em fases autônomas e sucessivas, atribuindo à avaliação técnica papel decisivo para a definição da ordem classificatória e condicionando a abertura das propostas financeiras à conclusão da pontuação técnica e ao encerramento da respectiva fase recursal.

Na Decisão Singular Interlocutória DSI-GSP-476/2026, o Tribunal consignou expressamente:

"O edital em exame estruturou o procedimento em fases distintas, reservando à etapa técnica papel decisivo para a definição da ordem classificatória e condicionando a abertura da proposta financeira à conclusão da pontuação técnica e da fase recursal pertinente.

Essa separação de fases harmoniza-se com a lógica do art. 17 da Lei nº 14.133/2021 e com a própria

disciplina do instrumento convocatório, que exige estabilidade mínima da classificação técnica antes do acesso ao conteúdo econômico das propostas."

Verifica-se, portanto, que a separação entre a Proposta Técnica e a Proposta Financeira constitui elemento estruturante do certame, não se tratando de mera formalidade procedimental.

A finalidade dessa sistemática é impedir que informações de natureza econômica sejam antecipadamente inseridas na fase técnica, preservando a independência entre as etapas do julgamento, a imparcialidade da Comissão, a isonomia entre os participantes e a observância dos critérios objetivos previamente estabelecidos no edital.

Ao apresentar, no Envelope da Proposta Técnica, documento contendo remunerações, encargos trabalhistas, provisões, custos mensais e custos anuais dos profissionais, o ISAC rompeu exatamente a segregação procedimental destacada pelo Tribunal de Contas, antecipando informações que, por determinação do próprio edital, somente poderiam ser conhecidas na fase de análise da Proposta Financeira.

A conduta, portanto, não representa mera irregularidade formal, mas afronta direta à sistemática de julgamento concebida pelo edital e reconhecida pelo próprio Tribunal de Contas como garantia da lisura, da objetividade e da imparcialidade do procedimento seletivo.

A antecipação de informações financeiras durante a fase técnica rompe essa lógica procedimental e compromete exatamente a finalidade buscada pelo edital ao separar as fases de julgamento.

Não se trata de simples excesso de informação.

Também não se trata de mera irregularidade formal passível de relativização.

O ISAC estruturou documento inteiro contendo informações financeiras que jamais foram exigidas pelo edital para atendimento dos itens da Matriz de Avaliação, revelando toda a composição econômica da equipe proposta para execução do contrato.

A gravidade da conduta levou o próprio edital a estabelecer consequência objetiva para essa hipótese: **a desclassificação sumária da proponente.**

Em razão do princípio da vinculação ao instrumento convocatório, a Comissão de Contratação não possui discricionariedade para afastar a incidência dessa regra.

Admitir solução diversa significaria criar exceção inexistente no edital, conferindo tratamento privilegiado ao ISAC em detrimento das demais participantes que observaram rigorosamente as regras estabelecidas para o certame, em manifesta violação aos princípios da legalidade, da isonomia, da impessoalidade, da segurança jurídica e do julgamento objetivo.

Dessa forma, uma vez comprovado que o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC apresentou, no Envelope da Proposta Técnica, documento contendo informações manifestamente financeiras, resta caracterizada a hipótese objetiva prevista no item 5.4.4 do Edital, impondo-se sua desclassificação sumária, por expressa determinação do instrumento convocatório, independentemente da análise dos demais critérios de avaliação técnica.

5. DAS DESCONFORMIDADES DA PROPOSTA TÉCNICA APRESENTADA PELO INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC

Conforme demonstrado no tópico anterior, a proposta apresentada pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC incorre em hipótese objetiva de desclassificação prevista no item 5.4.4 do Edital, circunstância que, por si só, impede sua permanência no presente Chamamento Público.

Não obstante, apenas por cautela e em prestígio ao princípio da eventualidade, passa o Recorrente a demonstrar que a proposta técnica apresentada pelo ISAC também apresenta diversas desconformidades em relação às exigências estabelecidas no Edital e na Matriz de Avaliação da Proposta Técnica, as quais evidenciam que a pontuação atribuída pela Comissão de Contratação não corresponde ao efetivo atendimento dos critérios objetivos de julgamento.

Como será demonstrado nos tópicos seguintes, diversos itens da proposta técnica do ISAC não observam integralmente as exigências editalícias, seja pela ausência dos elementos mínimos exigidos, seja pela apresentação incompleta ou insuficiente da documentação correspondente, circunstâncias que impedem a atribuição da pontuação que lhe foi conferida.

Dessa forma, sem prejuízo da hipótese objetiva de desclassificação já demonstrada, passa o Recorrente a expor as demais desconformidades identificadas na proposta técnica apresentada pelo ISAC, as quais evidenciam que a pontuação atribuída pela Comissão também não observa os critérios objetivos estabelecidos no Edital e na Matriz de

Avaliação da Proposta Técnica, reforçando, por fundamentos autônomos e independentes, a impossibilidade de manutenção da proposta da recorrida no presente certame.

5.1. *Dos fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritas, externas e internas*

A implantação dos fluxos operacionais não foi apresentada de forma clara, sistematizada e estruturada, comprometendo a compreensão do modelo de funcionamento proposto para o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Não foram descritos os acessos físicos da unidade, inexistindo informações quanto ao quantitativo de acessos externos, portarias e estacionamentos, localização perimetral, caracterização funcional dos acessos, bem como dias e horários de funcionamento. Tampouco foram apresentados os mecanismos de controle de acesso a serem adotados, sejam eles por meio de barreiras físicas, sistemas eletrônicos ou controle realizado por recursos humanos.

Observa-se, ainda, a ausência de definição dos fluxos específicos de acesso e circulação de profissionais médicos, visitantes administrativos e terceiros, bem como dos respectivos procedimentos de identificação, registro, autorização e controle de entrada e permanência de usuários, colaboradores, visitantes e fornecedores. Não há qualquer referência à estruturação ou contratação de serviços de Controle de Acesso e Segurança Patrimonial.

O projeto também não contempla diretrizes ou procedimentos relacionados ao controle da entrada, circulação interna e saída de bens materiais e equipamentos pertencentes ao Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, tampouco estabelece critérios de responsabilização patrimonial. Da mesma forma, não foram definidos os fluxos, critérios e responsabilidades para liberação de altas hospitalares, especialmente no que se refere a recém-nascidos (RN) e menores de idade, inexistindo critérios formais para autorização e controle dessas altas.

Adicionalmente, não foram descritos os critérios de identificação, cadastro, controle e liberação de acesso de fornecedores, reforçando a ausência de padronização e governança dos processos operacionais.

Destaca-se, por fim, a inexistência da apresentação do Fluxo de Atendimento de Urgência e Emergência, incluindo a definição dos procedimentos assistenciais, critérios de registro, organização dos atendimentos e metodologia de classificação de risco dos pacientes, elemento essencial para a segurança assistencial e organização do fluxo hospitalar.

O texto apresentado revela-se confuso e fragmentado, abordando temas relacionados a acessos e fluxos de forma desconexa, sem padronização técnica e sem correlação lógica entre os processos descritos.

Diante da ausência de definição dos acessos, dos mecanismos de controle, dos fluxos diferenciados por perfil de usuário, dos procedimentos de segurança patrimonial, do controle de bens, das regras para altas hospitalares e do atendimento de urgência e emergência, conclui-se que o item não atende às exigências editalícias, comprometendo a avaliação da viabilidade operacional, da segurança assistencial e da conformidade normativa do empreendimento.

5.2. Dos Fluxo para registro de documentos de usuários e administração

O Edital exigiu a apresentação do **fluxo para registro de documentos de usuários e administração**, o que pressupõe a descrição estruturada dos procedimentos operacionais a serem adotados pela futura gestora, contemplando, dentre outros aspectos, o recebimento, protocolo, classificação, tramitação, guarda, acesso, arquivamento, temporalidade, digitalização, preservação e destinação final dos documentos produzidos no âmbito da unidade hospitalar.

Todavia, o documento apresentado pelo ISAC não atende ao objeto exigido pelo edital.

Ao invés de apresentar o fluxo operacional solicitado, a proposta limita-se a fazer referência genérica ao "**descarte de documentos após o período legal de retenção**", sem descrever o procedimento administrativo correspondente, as etapas de execução, os responsáveis por cada atividade, os critérios de classificação documental, os mecanismos de controle, as instâncias de autorização ou os fluxos decisórios relacionados à gestão documental.

A deficiência é ainda mais evidente quando se observa que a gestão documental em estabelecimentos de saúde constitui atividade altamente regulamentada, envolvendo não apenas a eliminação de documentos, mas todo o seu ciclo de vida, desde sua produção e registro até sua guarda permanente ou descarte.

Nesse contexto, a gestão, conservação, digitalização, guarda, sigilo, temporalidade e eliminação de documentos assistenciais e administrativos deve observar, dentre outros diplomas, a Lei Federal nº 8.159/1991, a Lei nº 13.787/2018 e a Resolução CFM nº 1.821/2007 (e suas atualizações), que estabelecem regras específicas para o tratamento, arquivamento e eliminação de prontuários e demais documentos de saúde.

Importante destacar que a eliminação documental não constitui ato automático ou discricionário da entidade gestora, devendo observar tabelas de temporalidade, critérios técnicos de arquivamento, procedimentos formais de autorização e as diretrizes expedidas pelo órgão competente, especialmente pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, responsável pela unidade hospitalar objeto do presente Chamamento Público.

Nada disso foi contemplado na proposta apresentada.

Assim, a ausência de um fluxo operacional estruturado, contendo a definição das etapas do processo, dos responsáveis, dos critérios de gestão documental, das medidas de segurança da informação, dos mecanismos de controle e das rotinas de guarda e descarte evidencia o não atendimento ao critério previsto no edital.

Dessa forma, verifica-se que o ISAC não apresentou o fluxo para registro de documentos de usuários e administração exigido pelo instrumento convocatório, razão pela qual não faz jus à pontuação atribuída neste item da Matriz de Avaliação da Proposta Técnica.

5.3. Do fluxo para processamento de roupas

A proposta apresentada pelo ISAC não atende ao critério de avaliação referente ao **Fluxo para Processamento de Roupas**, uma vez que demonstra insuficiente compreensão da infraestrutura existente no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, comprometendo diretamente a clareza, a consistência técnica e a aderência do fluxo operacional exigido pelo Edital.

Conforme estabelecido na Matriz de Avaliação da Proposta Técnica, a análise desse item deve considerar não apenas a existência de um fluxo de processamento de roupas, mas principalmente a demonstração de seu correto entendimento e de sua compatibilidade com a infraestrutura efetivamente existente na unidade hospitalar.

Todavia, verifica-se que o fluxo operacional apresentado pelo ISAC foi integralmente estruturado sobre a premissa de utilização de **lavanderia externa**, evidenciando manifesto desacordo com a realidade operacional do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Com efeito, na **página 152 da Proposta Técnica**, o próprio ISAC descreve que o processamento do enxoval ocorrerá mediante **transporte da roupa suja para as dependências da contratada**, seguido do recebimento e processamento da roupa na lavanderia externa, para somente depois ocorrer o transporte e a devolução da roupa limpa

ao Hospital. Tal metodologia demonstra, de forma inequívoca, que a proposta foi concebida para uma operação terceirizada de lavanderia. Senão vejamos:

- Transporte da roupa suja para as dependências da Contratada;
- Recebimento e acondicionamento da roupa suja na lavanderia;
- Lavagem da roupa suja;
- Secagem e calandragem da roupa limpa;
- Reparo e reaproveitamento de peças danificadas;
- Separação e embalagem da roupa limpa;
- Transporte e entrega da roupa limpa da lavanderia para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**;

Ocorre que a infraestrutura existente no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto contempla **lavanderia própria instalada dentro da unidade**, sendo o processamento do enxoval realizado internamente.

Assim, a metodologia apresentada pelo ISAC foi construída sobre uma premissa operacional inexistente, revelando erro de compreensão da infraestrutura disponibilizada pela Administração e comprometendo justamente o critério objetivo de avaliação previsto no Edital, qual seja, a clareza e o entendimento dos fluxos operacionais de acordo com a infraestrutura do Hospital.

Referida inconsistência não pode ser tratada como mero detalhe operacional.

Ao contrário, ela compromete integralmente a confiabilidade da proposta técnica, pois os processos de coleta, segregação, transporte, lavagem, desinfecção, secagem, calandragem, dobra, armazenamento e distribuição do enxoval apresentam características substancialmente distintas quando executados em lavanderia interna ou em lavanderia terceirizada externa.

Por essa razão, toda a lógica operacional apresentada pelo ISAC mostra-se incompatível com a realidade da unidade hospitalar objeto do certame.

A proposta também deixa de contemplar aspectos essenciais relacionados ao funcionamento de lavanderias hospitalares internas, tais como o fluxo unidirecional entre

áreas limpa e suja, as barreiras físicas e técnicas destinadas ao controle de contaminação cruzada, a gestão da produção interna do enxoval, o controle operacional dos equipamentos de lavanderia, o monitoramento das etapas de lavagem, secagem, calandragem e dobra, o gerenciamento do estoque interno e o controle de qualidade do processamento realizado dentro da própria unidade.

Além disso, não foram identificadas referências ao **Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde** nem à **RDC ANVISA nº 06/2012**, que estabelecem diretrizes técnicas para organização física e operacional das lavanderias hospitalares, incluindo a segregação obrigatória entre áreas limpa e suja, os fluxos unidirecionais de processamento, as barreiras de biossegurança e os mecanismos destinados à prevenção de contaminação cruzada.

Outro aspecto que reforça a inadequação da proposta refere-se ao atendimento de demandas emergenciais de enxoval.

O ISAC prevê prazo de duas a quatro horas para atendimento de solicitações emergenciais de roupas hospitalares, cenário compatível com operações terceirizadas externas, mas incompatível com a existência de lavanderia interna, cuja principal vantagem operacional consiste justamente na capacidade de resposta imediata às necessidades assistenciais da unidade. Tal previsão reforça que toda a metodologia foi concebida para realidade diversa daquela existente no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Ademais, a proposta atribui à própria equipe assistencial atividades relacionadas ao armazenamento, transporte e distribuição das roupas limpas, procedimento tecnicamente inadequado e incompatível com as boas práticas de gestão hospitalar, uma vez que tais atividades devem ser desempenhadas por equipe específica da lavanderia ou de apoio operacional, preservando-se as barreiras sanitárias e mitigando os riscos de contaminação cruzada.

Cumprе destacar, ainda, circunstância que torna a inconsistência ainda mais grave.

O ISAC **realizou visita técnica às instalações do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, conforme comprova o Atestado de Visita Técnica apresentado à folha 199 dos documentos de habilitação. Assim, a entidade teve pleno acesso às instalações físicas da unidade e às suas características operacionais, inclusive à existência de lavanderia própria.

Dessa forma, não é possível atribuir a inconsistência apresentada ao desconhecimento da infraestrutura disponibilizada pela Administração. Ao contrário, a manutenção, na proposta técnica, de um fluxo integralmente estruturado para lavanderia terceirizada constitui forte indício de reaproveitamento de conteúdo elaborado para outra unidade hospitalar, sem a indispensável adaptação às características específicas do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Essa circunstância evidencia fragilidade técnica na elaboração da proposta e coloca em dúvida o efetivo conhecimento da recorrida acerca da estrutura física, da dinâmica operacional e das peculiaridades da unidade que pretende administrar.

Diante do exposto, resta evidente que a proposta apresentada pelo ISAC não demonstra compreensão adequada da infraestrutura existente, não apresenta fluxo compatível com a lavanderia interna do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, deixa de observar as diretrizes técnicas estabelecidas pela ANVISA para processamento de roupas hospitalares e não descreve as etapas operacionais indispensáveis ao adequado gerenciamento do enxoval.

As inconsistências identificadas comprometem a confiabilidade técnica da metodologia proposta e evidenciam o não atendimento ao critério da Matriz de Avaliação referente ao fluxo para processamento de roupas, razão pela qual a pontuação atribuída ao ISAC neste item deve ser integralmente afastada.

5.4. Do fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores)

Da análise da Proposta Técnica apresentada pelo ISAC, verifica-se que o conteúdo relativo ao Fluxo para Gerenciamento de Resíduos Sólidos (Grandes Geradores) apresenta relevantes inconsistências técnicas e normativas, evidenciando o não atendimento aos requisitos exigidos pelo Edital e pelas normas sanitárias e ambientais atualmente vigentes.

O Edital exige a apresentação de fluxo operacional capaz de demonstrar, de forma clara e estruturada, a metodologia a ser adotada para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde produzidos pela unidade hospitalar, permitindo aferir a capacidade técnica da proponente para executar o processo em conformidade com a legislação aplicável.

Todavia, a proposta do ISAC não apresenta o fluxo de manejo dos resíduos de forma completa e sistematizada, deixando de descrever as etapas operacionais do processo e não promovendo a classificação dos resíduos conforme os grupos estabelecidos pela **RDC ANVISA nº 222/2018** e pela **Resolução CONAMA nº 358/2005**, diplomas

normativos que atualmente disciplinam o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).

A deficiência torna-se ainda mais evidente pela ausência de detalhamento das etapas de **coleta externa, transporte externo, tratamento e destinação final dos resíduos**, fases indispensáveis para assegurar a rastreabilidade do gerenciamento, a regularidade ambiental da operação e a verificação da conformidade dos procedimentos adotados após a segregação e o armazenamento interno dos resíduos.

Sem a descrição dessas etapas, não é possível aferir se a metodologia proposta observa os requisitos mínimos de biossegurança, controle ambiental, gerenciamento de riscos e destinação ambientalmente adequada dos resíduos gerados pela unidade hospitalar.

Outro aspecto que evidencia a fragilidade técnica da proposta consiste na utilização de **normativos expressamente revogados** como fundamento da metodologia apresentada. Nas páginas 171 e 175 da proposta técnica, o ISAC fundamenta seu fluxo de gerenciamento de resíduos na **Resolução CONAMA nº 283/2001** e na **RDC ANVISA nº 306/2004**, diplomas normativos já revogados e substituídos, respectivamente, pela **Resolução CONAMA nº 358/2005** e pela **RDC ANVISA nº 222/2018**.

A utilização de legislação revogada não representa mera impropriedade formal, mas demonstra desatualização técnica da metodologia proposta e fragiliza a confiabilidade do projeto, especialmente em matéria de gerenciamento de resíduos hospitalares, atividade fortemente regulamentada e diretamente relacionada à segurança dos pacientes, dos profissionais de saúde, da coletividade e do meio ambiente.

Verifica-se, ainda, a ausência de definição clara das responsabilidades técnicas e operacionais dos setores envolvidos no gerenciamento dos resíduos, inexistindo a identificação dos responsáveis por cada etapa do processo, dos mecanismos de controle, dos procedimentos de fiscalização e das rotinas destinadas ao acompanhamento da correta destinação dos resíduos gerados pela unidade.

Assim, a proposta apresentada pelo ISAC não demonstra domínio técnico suficiente sobre um dos processos críticos da operação hospitalar, deixando de atender às exigências estabelecidas pelo Edital e às normas sanitárias e ambientais atualmente vigentes.

Diante desse cenário, conclui-se que o fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos apresentado pelo ISAC não reúne os elementos mínimos necessários para

demonstrar a adequada execução do serviço, razão pela qual não faz jus à pontuação que lhe foi atribuída neste critério da Matriz de Avaliação da Proposta Técnica.

5.5. Da proposta para Regimento Interno do Hospital

A proposta de Regimento Interno apresentada pelo ISAC não atende adequadamente ao critério de avaliação previsto no Edital, uma vez que apresenta relevantes inconsistências entre a estrutura organizacional disciplinada no próprio Regimento, o organograma institucional e o quadro de pessoal constante da Proposta Técnica, comprometendo a coerência, a consistência e a viabilidade administrativa do modelo de gestão proposto.

O Regimento Interno constitui o principal instrumento normativo de organização administrativa e funcional da unidade hospitalar, sendo responsável por definir a estrutura hierárquica, as competências dos órgãos e unidades administrativas, as atribuições dos cargos de direção e gerência, os níveis de governança e as relações de subordinação entre os diversos setores da instituição.

Por essa razão, é imprescindível que exista absoluta compatibilidade entre o Regimento Interno, o organograma institucional e os demais documentos estruturantes da proposta técnica, de modo a demonstrar que a organização social possui modelo de governança claramente definido e plenamente exequível.

Entretanto, não foi isso que se verificou na proposta apresentada pelo ISAC.

Inicialmente, observa-se que a estrutura organizacional descrita no Regimento Interno, especialmente nos níveis estratégico e tático (página 176), diverge substancialmente do organograma constante da página 941 da Proposta Técnica.

Enquanto o Regimento prevê a existência da Diretoria Administrativo-Financeira e da Gerência Administrativa, tais unidades não constam do organograma apresentado, evidenciando incompatibilidade entre os documentos que deveriam representar a mesma estrutura organizacional.

Da mesma forma, o organograma contempla uma Coordenação de Recursos Humanos, função que não encontra qualquer correspondência ou previsão no texto do Regimento Interno, revelando nova inconsistência entre os instrumentos que disciplinam a organização administrativa da unidade.

As divergências não se limitam à nomenclatura dos cargos.

Ao disciplinar a estrutura hierárquica do nível tático, o Capítulo II do Regimento Interno (página 177) prevê a existência de uma Gerência de Enfermagem, em substituição ao cargo de Diretor de Enfermagem, expressamente exigido pelo Edital.

Não se trata de mera alteração terminológica.

O instrumento convocatório foi objetivo ao estabelecer a composição mínima da estrutura diretiva da unidade hospitalar, exigindo expressamente a figura do Diretor de Enfermagem, razão pela qual sua substituição por cargo hierarquicamente distinto configura descumprimento direto de requisito objetivo do Edital, não sendo admissível interpretação extensiva ou flexibilização da exigência editalícia.

A existência de documentos estruturantes contendo organizações hierárquicas distintas impede, inclusive, a identificação precisa da cadeia de comando da futura unidade hospitalar, gerando insegurança quanto à distribuição de competências, aos níveis de responsabilidade administrativa e à governança institucional que efetivamente será implementada.

Em um projeto de gestão hospitalar, especialmente para o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, a coerência entre organograma, Regimento Interno, quadro de pessoal e estrutura de governança constitui requisito essencial para demonstrar a capacidade organizacional da entidade.

Quando esses documentos apresentam estruturas distintas, cargos inexistentes entre si e divergências quanto aos próprios níveis hierárquicos, evidencia-se deficiência na elaboração da proposta técnica e ausência de consistência institucional.

Dessa forma, verifica-se que o Regimento Interno apresentado pelo ISAC não guarda compatibilidade com os demais documentos estruturantes da proposta, tampouco observa integralmente as exigências objetivas estabelecidas pelo Edital, razão pela qual o critério avaliado não pode ser considerado integralmente atendido, não fazendo a recorrida jus à pontuação que lhe foi atribuída neste item da Matriz de Avaliação da Proposta Técnica.

5.6. *Do cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados*

O cronograma apresentado para a obtenção dos níveis de Acreditação ONA revela-se incompatível com a realidade institucional do Hospital Regional Dr. José de

Simone Netto é insuficiente para fins de pontuação, por não observar o contexto atual da unidade nem atender aos requisitos de detalhamento exigidos pelo edital.

Inicialmente, observa-se que o cronograma prevê prazos excessivamente dilatados, estabelecendo até 24 meses para ONA Nível 1, 36 meses para ONA Nível 2 e 48 meses para ONA Nível 3. Tal previsão desconsidera que o hospital já possui certificação ONA Nível 2, encontrando-se em ciclo de manutenção e recertificação, cujo prazo ordinário é de 12 meses. Nesse contexto, a organização social que assumir a gestão deverá demonstrar domínio dos processos existentes e capacidade de manutenção e aprimoramento dos padrões já certificados, e não tratar a acreditação como implantação inicial.

Adicionalmente, o cronograma prevê a contratação de consultoria externa para diagnóstico inicial, o que evidencia fragilidade na experiência prévia da proponente com a metodologia ONA, incompatível com a exigência de capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem-sucedidas.

Verifica-se, ainda, inconsistência formal na apresentação do cronograma, uma vez que os prazos são apresentados de forma divergente, ora em datas abreviadas (dia/mês), ora por números soltos que sugerem meses, sem padronização ou clareza temporal, o que compromete a compreensão e o monitoramento das etapas.

No que se refere ao conteúdo, o cronograma demonstra ênfase genérica em investimentos tecnológicos e softwares, tanto para ONA Nível 2 quanto para ONA Nível 3, sem correlação direta com as exigências metodológicas específicas da acreditação, como maturidade institucional, gestão por processos, cultura de segurança, evidências acumuladas e melhoria contínua.

Sobretudo, não há detalhamento explícito das metas técnicas, tampouco a descrição das atividades essenciais para a obtenção e manutenção dos níveis de acreditação, inexistindo plano estruturado de capacitação das equipes, cronograma de auditorias internas, definição dos responsáveis técnicos por cada eixo da acreditação, critérios objetivos para monitoramento e validação das evidências, bem como a demonstração da efetiva alocação dos recursos humanos, financeiros e operacionais necessários à implementação e sustentabilidade do processo de acreditação.

Diante dessas fragilidades, conclui-se que o cronograma apresentado não atende aos requisitos do edital, por ser genérico, desalinhado com o estágio atual de acreditação do hospital e desprovido do detalhamento técnico necessário, não merecendo pontuação no critério avaliado.

5.7. Do cronograma para implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados

O cronograma apresentado pelo ISAC para implantação da Metodologia de Valor em Saúde não atende às exigências estabelecidas pelo Edital, porquanto deixa de demonstrar, de forma estruturada e consistente, a metodologia de implantação, a definição clara dos responsáveis, a alocação dos recursos necessários e o planejamento técnico indispensável para operacionalização do modelo de gestão baseada em valor.

Embora o documento apresente uma sequência de atividades, seu conteúdo evidencia limitada compreensão acerca dos fundamentos da metodologia de Valor em Saúde e do modelo *Diagnosis Related Groups* (DRG), reduzindo sua implantação, essencialmente, à formação de uma equipe de codificadores e à execução de atividades administrativas de classificação das internações.

Essa abordagem revela compreensão incompleta da metodologia.

O modelo de Valor em Saúde não se resume à codificação de prontuários ou à classificação de pacientes em grupos homogêneos. Trata-se de instrumento de governança clínica destinado à mensuração integrada dos desfechos assistenciais, da complexidade dos casos e da utilização dos recursos empregados na assistência, permitindo identificar oportunidades de melhoria da qualidade do cuidado, redução de desperdícios, incremento da segurança do paciente e maior eficiência na aplicação dos recursos públicos.

Nesse contexto, a metodologia DRG constitui ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica e gerencial, cujo adequado funcionamento depende da integração entre corpo clínico, enfermagem, equipes assistenciais, faturamento, tecnologia da informação, núcleo de qualidade, gestão de indicadores e alta administração da unidade hospitalar.

Entretanto, o cronograma apresentado pelo ISAC não contempla essa integração multidisciplinar.

Ao concentrar sua estratégia na constituição de equipe ampliada de codificadores, a proposta reduz o DRG a instrumento meramente administrativo, desconsiderando que a qualidade da informação produzida no momento da admissão do paciente constitui elemento estruturante de todo o processo analítico subsequente.

O cronograma deixa de reconhecer o protagonismo do corpo clínico na correta definição do diagnóstico principal, das comorbidades presentes na admissão, da gravidade clínica, da linha de cuidado e da adequada documentação das condições

assistenciais, fatores diretamente responsáveis pela correta classificação dos pacientes, pela formação do case-mix hospitalar e pela confiabilidade dos indicadores produzidos.

Essa omissão compromete significativamente a efetividade do modelo proposto.

Erros na definição do diagnóstico principal ou a subnotificação de comorbidades conduzem à classificação inadequada do DRG, comprometendo o ajuste da complexidade dos casos, distorcendo indicadores de desempenho assistencial, dificultando comparações entre instituições e prejudicando a avaliação da eficiência operacional da unidade.

Além disso, a proposta não demonstra de que forma os indicadores produzidos serão incorporados aos processos de governança clínica, gestão da qualidade, segurança do paciente, planejamento assistencial, avaliação de desempenho e melhoria contínua dos processos hospitalares.

Outro aspecto que evidencia a fragilidade metodológica da proposta consiste na previsão de contratação de empresa externa para planejamento dos impactos financeiros decorrentes da implantação da metodologia.

Tal previsão revela ausência de maturidade institucional na condução do projeto, uma vez que modelos consolidados de implantação do DRG são estruturados de forma progressiva e integrada, permitindo que os impactos financeiros sejam absorvidos naturalmente durante a evolução do processo, sem necessidade de estrutura paralela destinada exclusivamente ao planejamento econômico da metodologia.

Também não há definição clara acerca da metodologia analítica a ser utilizada, alternando-se implicitamente entre avaliações retrospectivas e análises admissionais, sem estabelecer critérios objetivos para utilização de cada abordagem, periodicidade das avaliações, responsabilidades institucionais, indicadores de monitoramento, metas de desempenho, mecanismos de auditoria ou ciclos formais de melhoria contínua.

Sob o aspecto estritamente editalício, verifica-se, ainda, que o cronograma não evidencia de forma objetiva a alocação dos recursos humanos, tecnológicos, financeiros e operacionais destinados à implantação da metodologia, tampouco individualiza os responsáveis por cada etapa do projeto, limitando-se a apresentar diretrizes genéricas desacompanhadas do detalhamento exigido pelo instrumento convocatório.

Assim, embora apresente referência à metodologia de Valor em Saúde, a proposta do ISAC não demonstra planejamento suficientemente estruturado para sua efetiva implementação, deixando de atender aos requisitos expressamente estabelecidos pelo Edital quanto à definição dos responsáveis, dos prazos, dos recursos alocados e da metodologia de implantação.

Diante das inconsistências conceituais identificadas, da ausência de planejamento operacional detalhado, da fragilidade metodológica apresentada e da insuficiente demonstração dos elementos exigidos pelo instrumento convocatório, conclui-se que o cronograma para implantação da Metodologia de Valor em Saúde apresentado pelo ISAC não atende aos critérios objetivos da Matriz de Avaliação da Proposta Técnica, razão pela qual não faz jus à pontuação que lhe foi atribuída neste item.

5.8. Da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

5.8.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) apresenta inconsistências conceituais e lacunas relevantes frente às disposições da Portaria MS nº 2.616/1998, comprometendo sua conformidade normativa e efetividade operacional.

Nos termos da referida Portaria, a CCIRAS possui caráter deliberativo e normativo, sendo composta por membros eleitos ou indicados pela Direção Técnica, enquanto o Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) é a instância responsável pela execução técnica e operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), com dimensionamento definido por carga horária mínima, independentemente do número absoluto de profissionais. Embora CCIRAS e SCIRAS atuem de forma integrada, não são instâncias equivalentes nem sinônimas, possuindo atribuições distintas, sendo inadequada sua utilização de forma intercambiável no documento apresentado.

O regimento não descreve o dimensionamento do SCIRAS conforme a Portaria MS nº 2.616/1998, deixando de definir a carga horária mínima exigida para os profissionais executores, o que inviabiliza a avaliação da capacidade técnica e operacional do serviço.

Adicionalmente, a proposta não contempla planos de ação decorrentes da análise dos casos de infecção, nem descreve a atuação contínua da Comissão e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar em atividades essenciais, como o monitoramento e a

promoção da higienização das mãos, a realização de auditorias internas, a busca ativa de casos de infecção e a vigilância epidemiológica permanente. A ausência desses elementos evidencia fragilidade na estrutura de prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), comprometendo a efetividade da governança assistencial e o atendimento às boas práticas preconizadas pela legislação sanitária vigente.

Observa-se, ainda, a previsão de remuneração para participação em reuniões por meio de verbas de projetos de pesquisa, o que não se configura como boa prática de governança e pode sugerir desvio de finalidade orçamentária, além de não encontrar respaldo nas normativas aplicáveis ao funcionamento da CCIRAS/SCIRAS.

Por fim, o regimento não estabelece quórum mínimo para deliberações, fragilizando a legitimidade das decisões tomadas no âmbito da comissão.

Diante dessas inconsistências conceituais, da ausência de definição do dimensionamento do SCIRAS, da omissão de atividades essenciais de prevenção e controle de infecção e da fragilidade das regras de governança, conclui-se que a proposta de regimento não atende às exigências normativas e editalícias, não sendo passível de pontuação.

5.8.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado revela-se genérico e insuficiente, não contemplando as atividades rotineiras e sistematizadas do SCIRAS exigidas pelas boas práticas e pela Portaria MS nº 2.616/1998.

Não há programação específica para a execução de ações fundamentais relacionadas à prevenção e ao controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), inexistindo previsão para o monitoramento mensal dos indicadores de infecção, a realização de busca ativa de casos, a vigilância sistemática do uso de dispositivos invasivos, a execução periódica de auditorias internas, o controle e monitoramento da qualidade da água, bem como o acompanhamento contínuo da adesão às práticas de higienização das mãos. A ausência dessas atividades evidencia fragilidade na estrutura de vigilância epidemiológica e no sistema de monitoramento institucional, comprometendo a efetividade das ações de prevenção, controle e melhoria contínua da qualidade assistencial.

A ausência dessas ações estruturantes compromete a demonstração de capacidade técnica para prevenção, controle e monitoramento das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Dessa forma, o cronograma apresentado não atende aos requisitos técnicos e normativos aplicáveis, razão pela qual o item não merece pontuação.

5.9. Da Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar

5.9.1. Proposta de Regimento da Comissão

a. Comissão de Ética Médica (CEM)

A proposta de Regimento da Comissão de Ética Médica apresenta lacunas relevantes que comprometem sua conformidade normativa, governança e efetividade operacional.

Não há previsão de critérios objetivos de elegibilidade ou impedimento relacionados a apontamentos éticos anteriores dos membros, aspecto essencial para assegurar a imparcialidade, a credibilidade e a legitimidade das deliberações da comissão.

O regimento também não estabelece quórum mínimo para deliberação nas reuniões, fragilizando a validade das decisões e contrariando boas práticas de governança colegiada recomendadas pelos Conselhos Profissionais.

Adicionalmente, inexistência de definição sobre os mecanismos de comunicação e orientação ética destinados a usuários, profissionais e aos órgãos competentes, bem como a ausência de um plano operacional de atuação ética, o que compromete a função educativa, preventiva e orientadora da Comissão de Ética Médica.

Ressalta-se, ainda, a ausência de qualquer menção à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018), especialmente no que se refere ao tratamento de dados pessoais e dados sensíveis decorrentes de apurações éticas, registros de denúncias, pareceres e deliberações, configurando risco jurídico e institucional.

Diante dessas omissões, conclui-se que o regimento da Comissão de Ética Médica não atende aos requisitos mínimos de governança, conformidade legal e operacional, não sendo passível de pontuação.

b. Comissão de Ética de Enfermagem (CEE)

O Regimento da Comissão de Ética de Enfermagem apresenta fragilidade normativa e operacional, notadamente pela ausência de diretrizes relacionadas à proteção de dados pessoais e dados sensíveis, em desacordo com a LGPD, considerando que a comissão lida diretamente com informações de natureza ética, funcional e disciplinar.

Além disso, não há qualquer previsão acerca da capacitação dos membros para atuação na comissão, seja inicial ou continuada, aspecto essencial para garantir o correto entendimento das normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem, dos fluxos processuais éticos e das boas práticas institucionais.

A inexistência de previsão de capacitação compromete a qualidade técnica das análises, a padronização das decisões e a segurança jurídica dos processos éticos conduzidos no âmbito institucional.

Diante dessas lacunas, conclui-se que o regimento da Comissão de Ética de Enfermagem não atende integralmente às exigências técnicas e legais, não merecendo pontuação.

c. Comissão de Ética Multidisciplinar (CEMulti)

A proposta de Regimento da Comissão de Ética Multidisciplinar também apresenta omissão quanto à observância da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, não estabelecendo diretrizes sobre o tratamento, armazenamento, acesso, sigilo e descarte de dados pessoais e sensíveis oriundos de processos éticos envolvendo diferentes categorias profissionais.

Considerando a natureza transversal e sensível das informações tratadas por uma comissão multidisciplinar, a ausência de diretrizes de proteção de dados representa fragilidade grave de conformidade legal e governança institucional.

Dessa forma, o regimento da Comissão de Ética Multidisciplinar não atende aos requisitos mínimos de conformidade legal e operacional, não sendo passível de pontuação.

5.10. Da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

5.10.1. Proposta de Regimento da Comissão

No Item 1.3 do Regimento, ao prever a atribuição de “identificar e corrigir erros”, o texto incorre em impropriedade técnica e conceitual, uma vez que tal redação pode sugerir adulteração, modificação ou correção indevida de informações, especialmente de registros assistenciais, o que não se coaduna com a finalidade das Comissões de Ética. As comissões possuem caráter orientador, educativo, consultivo e avaliativo, não lhes cabendo corrigir registros, mas sim analisar condutas, emitir pareceres e recomendar providências, respeitando a integridade documental e os princípios éticos e legais.

Adicionalmente, o regimento não prevê a revisão de prontuários como instrumento de análise ética, tampouco define critérios objetivos para essa eventual atividade, como quantidade de prontuários a serem avaliados, metodologia de amostragem, periodicidade ou parâmetros de análise, o que compromete a clareza, a rastreabilidade e a efetividade da atuação da comissão.

5.10.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O Cronograma de Atividades Anual apresentado revela-se incompleto, uma vez que não contempla o monitoramento de indicadores relacionados à atuação ética, nem prevê análise crítica sistemática dos resultados, elemento essencial para avaliação da efetividade da comissão, identificação de riscos recorrentes e proposição de melhorias institucionais.

A ausência de indicadores e de momentos formais de análise crítica compromete a função preventiva, educativa e de aprimoramento contínuo que se espera das Comissões de Ética em ambiente hospitalar.

5.11. Da Comissão de Verificação de Óbitos

5.11.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão de Verificação de Óbitos apresentada revela fragilidades relevantes de natureza técnica, metodológica e operacional, comprometendo a efetividade da comissão e sua aderência às boas práticas assistenciais e de governança clínica.

Inicialmente, observa-se que o regimento não define de forma clara como se dará a divulgação dos resultados das atividades da comissão, limitando-se a afirmar genericamente que haverá divulgação, sem especificar destinatários, periodicidade, forma de apresentação dos resultados, níveis de reporte ou integração com a gestão institucional e com os órgãos de controle e vigilância competentes.

Não há menção expressa à avaliação da totalidade dos óbitos ocorridos na instituição, tampouco à metodologia adotada para classificação dos óbitos em evitáveis e não evitáveis, etapa fundamental para análise crítica da assistência, identificação de falhas de processo e proposição de ações de melhoria contínua.

O regimento também não aborda os fluxos e responsabilidades relacionados à notificação e ao reporte obrigatório de óbitos maternos, fetais, neonatais e de

recém-nascidos aos órgãos competentes, em especial à Vigilância Epidemiológica, em desacordo com as normativas vigentes e com as diretrizes do Ministério da Saúde.

No que se refere aos indicadores propostos, identifica-se inconsistência conceitual, notadamente ao mencionar “avaliação de óbitos incompletos” como indicador. Tal denominação é tecnicamente inadequada, uma vez que o objeto da avaliação não é o óbito em si, mas sim a completude e a qualidade da documentação associada ao óbito, como prontuário, declaração de óbito e registros assistenciais. A ausência de indicadores adequadamente definidos compromete a mensuração de resultados e a efetividade das ações da comissão, especialmente no tratamento dos óbitos classificados como evitáveis.

Outro ponto crítico refere-se à ausência de previsão de elaboração e acompanhamento de planos de melhoria específicos para óbitos evitáveis, elemento essencial para que a comissão cumpra seu papel de qualificação da assistência, prevenção de eventos adversos e redução de mortalidade evitável.

Adicionalmente, o regimento não prevê qualquer forma de articulação institucional da Comissão de Verificação de Óbitos com outras instâncias obrigatórias, tais como a Comissão de Revisão de Prontuários, a Comissão de Gerenciamento de Riscos, o Núcleo de Segurança do Paciente (NQSP) e demais comissões assistenciais, o que fragiliza a integração das análises, a gestão de riscos e a aprendizagem organizacional.

5.11.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O Cronograma de Atividades Anual apresentado é incompleto e insuficiente, uma vez que não evidencia a realização sistemática de reuniões para análise de todos os óbitos ocorridos na instituição, tampouco define periodicidade mínima, responsabilidades técnicas ou fluxos decisórios.

Além disso, o cronograma não contempla de forma explícita o reporte aos órgãos competentes, quando aplicável, especialmente nos casos de óbitos maternos, fetais, neonatais ou classificados como evitáveis, em desacordo com as exigências legais e com as boas práticas de vigilância em saúde.

5.12. Da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

5.12.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) apresentada revela fragilidades relevantes sob os aspectos normativo, operacional e

preventivo, não atendendo plenamente às exigências estabelecidas pela Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) e às boas práticas de gestão de saúde e segurança do trabalho.

Verifica-se, inicialmente, a ausência total de previsão acerca da prevenção e do enfrentamento de situações de assédio no ambiente de trabalho, incluindo assédio moral, assédio sexual e outras formas de violência laboral, tema que possui interface direta com a atuação preventiva da CIPA e com as diretrizes atuais de promoção de ambientes de trabalho seguros, saudáveis e livres de violência. O regimento não contempla a existência de canal de denúncia, tampouco define fluxos formais de apuração, encaminhamento e tratamento das denúncias, nem estabelece responsabilidades institucionais para essas tratativas.

Também não há qualquer menção à capacitação periódica dos membros da CIPA e dos trabalhadores sobre prevenção de acidentes, riscos ocupacionais, assédios e condutas seguras no ambiente de trabalho, em desconformidade com o caráter educativo e preventivo que norteia a atuação da comissão.

Adicionalmente, o regimento não estabelece quórum mínimo para deliberação, tampouco critérios para tomada de decisão, consensos ou registros formais das deliberações em ata, fragilizando a governança, a legitimidade das decisões e a rastreabilidade das ações da comissão.

5.12.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O Cronograma de Atividades Anual apresentado é excessivamente genérico e não contempla ações essenciais e obrigatórias relacionadas à atuação da CIPA. Observa-se a ausência de previsão de treinamentos específicos sobre fluxos de atendimento e notificação de acidentes de trabalho, incluindo acidentes com material biológico e perfurocortante, eventos de alta relevância em ambiente hospitalar.

Da mesma forma, o cronograma não prevê capacitações voltadas à prevenção e ao enfrentamento de situações de assédio no ambiente de trabalho, nem ações educativas relacionadas à promoção da saúde mental, à cultura de segurança e ao respeito nas relações laborais.

A inexistência de atividades estruturadas, com definição de responsabilidades, periodicidade, metas e indicadores, compromete a efetividade da comissão e demonstra fragilidade na compreensão do papel estratégico da CIPA na prevenção de riscos ocupacionais.

5.13. Do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)

5.13.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) apresentada demonstra fragilidade conceitual, operacional e normativa, não atendendo de forma satisfatória às exigências previstas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, especialmente a NR-4, NR-1, NR-6, NR-7 e NR-9.

Verifica-se, inicialmente, a ausência de previsão de discussão sistemática de indicadores de saúde e segurança do trabalho no âmbito das reuniões do SESMT, tais como: doenças ocupacionais prevalentes, número de afastamentos previdenciários, acidentes de trabalho típicos e de trajeto, taxa de absenteísmo e reincidência de agravos. Tampouco há menção à elaboração e acompanhamento de planos de ação a partir da análise desses indicadores, o que compromete a gestão baseada em evidências e a melhoria contínua das condições de trabalho.

O Regimento Interno também não prevê a promoção de treinamentos obrigatórios e específicos exigidos pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, deixando de contemplar capacitações essenciais relacionadas à ergonomia (NR-17), ao trabalho em altura (NR-35), aos primeiros socorros, à prevenção de agressões e violências no ambiente de trabalho, bem como aos riscos ocupacionais e às respectivas medidas de prevenção. A ausência de previsão dessas ações evidencia fragilidade na política institucional de saúde e segurança do trabalhador, comprometendo a demonstração de conformidade com as normas de saúde ocupacional e a adequada gestão dos riscos inerentes ao ambiente hospitalar.

A inexistência dessas previsões compromete a conformidade legal e a efetividade das ações de promoção da saúde ocupacional.

Adicionalmente, não há qualquer menção ao controle, registro e rastreabilidade da entrega de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), tampouco à obrigatoriedade de orientação e treinamento quanto ao uso correto, conservação e substituição, em desacordo com o disposto na NR-6.

Observa-se, ainda, a ausência de definição das interações do SESMT com outros setores e comissões institucionais, como CIPA, Comissão de Gerenciamento de Riscos,

Núcleo de Segurança do Paciente, Recursos Humanos e Direção da unidade, comprometendo a atuação integrada e sistêmica da gestão de saúde e segurança do trabalho.

O regimento também não contempla a realização de inspeções periódicas ou diárias dos dispositivos de segurança, ambientes de trabalho e equipamentos, ação essencial para identificação precoce de riscos e prevenção de acidentes.

Outro ponto relevante é a ausência de previsão de campanhas de vacinação ocupacional, prática consolidada em serviços de saúde para proteção dos trabalhadores contra agravos biológicos, especialmente em ambiente hospitalar.

Verifica-se, ainda, que o documento não descreve as competências e atribuições específicas de cada categoria profissional integrante do SESMT (engenheiro de segurança do trabalho, médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico de segurança do trabalho), inviabilizando a avaliação da adequação técnica da estrutura proposta.

Por fim, não há qualquer menção ao controle e monitoramento dos exames médicos ocupacionais, incluindo exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, em desconformidade com as exigências da NR-7 (PCMSO).

5.13.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O Cronograma de Atividades Anual apresentado revela-se insuficiente e genérico, uma vez que não define a periodicidade dos exames médicos ocupacionais, não contempla o monitoramento sistemático de indicadores de saúde e segurança do trabalho, tampouco estabelece metas, responsáveis, prazos ou critérios de avaliação das ações propostas.

A ausência de detalhamento técnico e operacional inviabiliza a aferição da capacidade do SESMT de atuar de forma preventiva, contínua e integrada, conforme exigido pela legislação trabalhista vigente.

5.14. Do Núcleo de Segurança do Paciente

5.14.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento do Núcleo de Segurança do Paciente apresenta inconsistências formais, lacunas conceituais e ausência de elementos estruturantes essenciais

à efetiva implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pela RDC ANVISA nº 36/2013.

Inicialmente, observa-se inconsistência quanto à periodicidade das reuniões, uma vez que o documento ora prevê a realização de reuniões ordinárias anuais com todos os membros, ora menciona reuniões mensais, sem esclarecer o modelo adotado, o quórum deliberativo ou a dinâmica de funcionamento. Tal ambiguidade compromete a previsibilidade, a governança e a regularidade das ações do núcleo.

Verifica-se, ainda, a ausência de menção explícita à implantação e operacionalização de sistema formal de notificação de incidentes e eventos adversos, elemento central da segurança do paciente. O regimento não descreve o fluxo de notificação, os responsáveis pelo recebimento e análise dos relatos, os critérios de classificação dos eventos (incidente sem dano, incidente com dano, evento adverso e evento sentinela), nem os prazos para tratamento e resposta institucional.

O documento também não aborda a tratativa dos eventos sob a ótica não punitiva, tampouco faz referência ao conceito de Cultura Justa, princípio basilar da segurança do paciente que busca equilibrar responsabilização e aprendizado organizacional, evitando a culpabilização individual e estimulando a notificação voluntária de falhas e riscos assistenciais.

Outra lacuna relevante refere-se à ausência de previsão de programa estruturado de capacitação e treinamento contínuo das equipes assistenciais e operacionais, especialmente quanto à importância da notificação de eventos adversos, à correta classificação dos incidentes, à aplicação de metodologias de investigação e análise, como a Análise de Causa Raiz (*Root Cause Analysis* – RCA), bem como às tratativas institucionais, à implementação de planos de ação e ao monitoramento das medidas de melhoria decorrentes dos eventos notificados. A ausência desses elementos compromete a efetividade da cultura de segurança do paciente, da gestão de riscos assistenciais e do processo de melhoria contínua da qualidade, evidenciando fragilidade na estrutura de governança clínica proposta e o não atendimento às boas práticas preconizadas para os Núcleos de Segurança do Paciente.

A inexistência dessas previsões evidencia fragilidade na estratégia de implantação do núcleo, uma vez que a segurança do paciente depende diretamente do engajamento, da sensibilização e da capacitação contínua das equipes envolvidas na assistência e nos processos de apoio.

Diante das inconsistências identificadas, da ausência de sistema estruturado de notificação, da inexistência de diretrizes para tratativa não punitiva dos eventos,

da não incorporação do conceito de cultura justa e da falta de planejamento de capacitações, conclui-se que a proposta não atende aos requisitos mínimos previstos na RDC nº 36/2013, não demonstrando maturidade institucional nem capacidade de implantação efetiva do Núcleo de Segurança do Paciente.

5.15. Da Comissão de Gerenciamento de Riscos

5.15.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão de Gerenciamento de Riscos apresenta lacunas relevantes que comprometem sua efetividade e aderência às boas práticas de gestão de riscos assistenciais e operacionais.

Inicialmente, verifica-se a ausência de previsão de treinamentos sistemáticos para as equipes operacionais e assistenciais, voltados à identificação, avaliação e mitigação de riscos. A capacitação contínua dos profissionais é elemento essencial para o funcionamento efetivo do gerenciamento de riscos, especialmente em ambiente hospitalar de médio e grande porte, sendo condição indispensável para a detecção precoce de falhas, eventos adversos e situações críticas.

Constata-se, ainda, que o regimento não contempla a realização de testes, simulados ou exercícios práticos, em desacordo com o disposto na RDC ANVISA nº 63/2011, a qual exige a existência de planos de contingência testados, com avaliação de resultados e incorporação de lições aprendidas. A ausência de menção a simulados periódicos, testes de resposta a eventos críticos e revisão dos planos de contingência fragiliza a capacidade de resposta institucional frente a situações de emergência, falhas estruturais ou eventos assistenciais graves.

Outro ponto crítico refere-se à inconsistência metodológica do indicador proposto para monitoramento dos eventos adversos relacionados aos riscos prioritários. A fórmula apresentada revela-se tecnicamente inadequada e desprovida de clareza metodológica ao estabelecer a mensuração do "número de eventos adversos nos riscos prioritários menos o número de eventos adversos após tratamento, dividido pelo número de eventos adversos nos riscos prioritários", sem explicitar os critérios técnicos que sustentam esse cálculo. A proposta não define objetivamente o conceito de "riscos prioritários", tampouco os critérios utilizados para sua identificação, classificação ou estratificação, seja por área assistencial, processo, probabilidade de ocorrência, impacto ou nível de criticidade. Também não esclarece em que momento serão considerados os chamados "eventos adversos após tratamento", nem especifica se a mensuração ocorrerá após a implementação de ações

corretivas, preventivas ou de mitigação dos riscos, circunstância que compromete a reprodutibilidade do indicador e inviabiliza sua adequada interpretação. Além disso, a metodologia proposta não assegura a comparabilidade dos resultados ao longo do tempo, uma vez que não estabelece critérios padronizados para coleta, consolidação, análise e monitoramento dos dados, comprometendo a confiabilidade das informações produzidas e sua utilização como instrumento de gestão, tomada de decisão e melhoria contínua da qualidade assistencial. Em razão dessas inconsistências conceituais e metodológicas, o indicador apresentado não reúne os requisitos mínimos de objetividade, mensurabilidade e confiabilidade esperados para um sistema de gestão de riscos assistenciais, evidenciando fragilidade técnica da proposta e o não atendimento às exigências do Edital.

A ausência de clareza metodológica compromete a confiabilidade do indicador, inviabiliza a análise crítica dos resultados e impede sua utilização como ferramenta efetiva de gestão, tomada de decisão e melhoria contínua.

Diante da inexistência de diretrizes para capacitação das equipes, da ausência de previsão de testes e simulados de contingência, do descumprimento das exigências da RDC nº 63/2011 e da fragilidade conceitual e metodológica dos indicadores propostos, conclui-se que o regimento não atende aos requisitos técnicos mínimos para a implantação efetiva da Comissão de Gerenciamento de Riscos, razão pela qual não merece pontuação na avaliação técnica.

5.16. Do Comitê Transfusional

5.16.1. Proposta de Regimento da Comissão

Verifica-se a existência de inconsistência material grave e insanável no documento apresentado pelo ISAC para atendimento ao requisito referente ao Regimento do Comitê Transfusional, circunstância que, por si só, compromete integralmente a análise técnica do item e evidencia a ausência de elaboração específica do documento exigido pelo Edital.

Com efeito, embora o documento constante das páginas 728 e 729 da Proposta Técnica esteja formalmente identificado como referente ao "Comitê Transfusional", observa-se que o conteúdo apresentado não corresponde às competências, atribuições e objetivos próprios de um Comitê Transfusional hospitalar, reproduzindo, em diversos trechos, conteúdo incompatível com a atividade hemoterápica e transfusional, com referências típicas de outros núcleos e comissões institucionais.

Estes indicadores serão acompanhados via software Scopi e apresentados em relatórios mensais à Direção Geral do **HRDJSN** e trimestrais ao Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC, para garantir a transparência e a efetividade das ações.

<http://www.isac.org.br>

Setor Comercial Sul Quadra 09, Bloco – C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001
Brasília - DF, 70308-200

728



agora precisamos falar sobre a comissão 4.1.11. Comitê Transfusional

também não tenho texto modelo, então pesquise sobre o tema e traga uma ótima proposta sobre comitê transfusional para o perfil do hospital que estamos trabalhando, mantendo os mesmos elementos das outras comissões que você descreveu.

ONE

Com certeza! A constituição de um **Comitê Transfusional (CT)** é indispensável em qualquer unidade hospitalar que realize procedimentos transfusionais, como o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Ele garante a segurança do paciente, a qualidade dos hemocomponentes e o uso racional do sangue.

Elaborarei uma proposta completa para esta comissão, seguindo a estrutura e o nível de detalhamento que temos utilizado para as demais, e com base nas melhores práticas e regulamentações vigentes.

4.1.11. Comitê Transfusional (CT)

A inconsistência torna-se ainda mais evidente diante da permanência, no próprio documento apresentado à Administração, do seguinte trecho:

"agora precisamos falar sobre a comissão 4.1.11. Comitê Transfusional também não tenho texto modelo, então pesquise sobre o tema e traga uma

ótima proposta sobre comitê transfusional para o perfil do hospital que estamos trabalhando, mantendo os mesmos elementos das outras comissões que você descreveu."

Na sequência, consta o seguinte texto:

"Com certeza! A constituição de um Comitê Transfusional (CT) é indispensável em qualquer unidade hospitalar que realize procedimentos transfusionais, como o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). Ele garante a segurança do paciente, a qualidade dos hemocomponentes e o uso racional do sangue. Elaborarei uma proposta completa para esta comissão, seguindo a estrutura e o nível de detalhamento que temos utilizado para as demais, e com base nas melhores práticas e regulamentações vigentes."

A permanência desses trechos no documento final encaminhado à Administração evidencia, no mínimo, fragilidade no processo de elaboração, revisão e validação técnica da proposta apresentada.

Adicionalmente, o conteúdo apresentado a partir da página 729 possui características de texto padronizado e excessivamente genérico, apresentando redação abstrata, reduzida densidade técnico-operacional, ausência de detalhamento dos fluxos assistenciais e escassa referência a normativos específicos aplicáveis à hemoterapia e à hemovigilância, circunstâncias que comprometem a aferição de sua efetiva aderência à realidade operacional do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Tal constatação suscita dúvidas relevantes quanto à efetiva elaboração técnica específica do documento, à sua originalidade, ao processo de revisão realizado pela proponente e à adequação do conteúdo às exigências concretas do objeto lícito.

Cumprе registrar que a utilização de ferramentas tecnológicas ou sistemas de apoio à elaboração documental, por si só, não configura irregularidade. Todavia, tais instrumentos não substituem a necessária elaboração técnica especializada, tampouco afastam o dever da proponente de apresentar documentos consistentes, revisados, específicos e aderentes às características operacionais da unidade hospitalar objeto da contratação.

No presente caso, a permanência de trechos aparentemente destinados ao próprio processo de elaboração do documento, associada à reprodução de conteúdo incompatível com o escopo do Comitê Transfusional, evidencia ausência de revisão técnica adequada e compromete significativamente a confiabilidade do material apresentado.

Além disso, o documento deixa de contemplar diversos elementos essenciais para a adequada estruturação de um Comitê Transfusional hospitalar, dentre os quais se destacam a definição da composição mínima da comissão, a delimitação das competências relacionadas à hemovigilância, os fluxos de investigação de reações transfusionais, os mecanismos de rastreabilidade dos hemocomponentes, a metodologia de monitoramento dos indicadores transfusionais, os protocolos de uso racional do sangue, a interface com a Agência Transfusional e com o Núcleo de Segurança do Paciente, bem como os procedimentos de auditoria, monitoramento e melhoria contínua.

Trata-se de falha que transcende mero erro material ou formalidade sanável. Ao contrário, evidencia a inexistência de documento técnico minimamente apto a permitir a avaliação objetiva do critério previsto no Edital, inviabilizando a verificação de sua aderência normativa, operacional e assistencial.

Dessa forma, diante da inexistência de regimento específico do Comitê Transfusional, da reprodução indevida de conteúdo estranho ao tema, da permanência de trechos relacionados ao processo de elaboração documental, da ausência de revisão técnica adequada e da inexistência de elementos técnicos minimamente avaliáveis, conclui-se que a proposta apresentada pelo ISAC não atende às exigências editalícias aplicáveis ao presente item, razão pela qual não faz jus à pontuação que lhe foi atribuída.

5.16.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado revela-se incompleto e metodologicamente inconsistente, deixando de contemplar etapas indispensáveis para a efetiva implantação e funcionamento do Comitê Transfusional. Observa-se a ausência de previsão para a constituição e formalização do Comitê, a revisão, elaboração e implementação dos protocolos transfusionais, a realização de ações permanentes de capacitação e educação continuada das equipes envolvidas no ciclo transfusional, o estabelecimento de rotina de monitoramento dos indicadores, a execução de auditorias transfusionais periódicas, bem como a definição de mecanismos voltados à análise dos resultados, implementação de ações corretivas e promoção da melhoria contínua dos processos. A inexistência dessas etapas compromete a demonstração do planejamento necessário para implantação do Comitê, evidenciando que o cronograma não contempla o ciclo completo de governança da hemoterapia hospitalar,

deixando de atender aos requisitos mínimos de planejamento, monitoramento, avaliação e aperfeiçoamento contínuo exigidos para o adequado funcionamento desse importante componente da segurança assistencial.

A falta de detalhamento dessas etapas inviabiliza a avaliação da exequibilidade, da governança e da capacidade de funcionamento efetivo do Comitê Transfusional, especialmente considerando o caráter crítico e de alto risco da terapia transfusional em ambiente hospitalar.

Diante das lacunas identificadas, o cronograma não atende aos requisitos mínimos de planejamento, execução e monitoramento, razão pela qual o item não merece pontuação na avaliação técnica.

5.17. Da Comissão de Farmácia e Terapêutica

5.17.1. Proposta de Regimento da Comissão

O regimento apresentado revela-se superficial, genérico e desprovido de densidade técnico-científica, não demonstrando aderência às boas práticas de governança farmacoterapêutica exigidas para instituições hospitalares de médio e grande porte.

Observa-se a ausência de diretrizes explícitas sobre gestão de conflitos de interesse na padronização, incorporação ou exclusão de medicamentos, ponto crítico amplamente recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e frequentemente objeto de auditorias externas, especialmente em ambientes de gestão pública.

O documento também não apresenta metodologia estruturada para avaliação, incorporação, revisão e padronização de medicamentos, deixando de estabelecer critérios técnicos objetivos que assegurem decisões baseadas em evidências científicas. Não há definição dos níveis de evidência que serão aceitos para subsidiar as deliberações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, tampouco previsão de utilização de metodologias internacionalmente reconhecidas para avaliação da qualidade das evidências e da força das recomendações, como o sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). Da mesma forma, a proposta não contempla a utilização sistemática de revisões sistemáticas, diretrizes clínicas nacionais e internacionais, avaliações de tecnologias em saúde ou outros instrumentos de medicina baseada em evidências, nem estabelece critérios diferenciados para análise de incorporação de novos medicamentos em relação à revisão daqueles já padronizados. A ausência desses parâmetros compromete a transparência, a objetividade e a segurança técnico-científica do processo decisório, fragilizando a governança farmacoterapêutica da unidade e evidenciando que a proposta não

demonstra metodologia suficientemente estruturada para assegurar a seleção racional de medicamentos, conforme as melhores práticas de gestão hospitalar e os princípios da assistência farmacêutica baseada em evidências.

Tal ausência compromete a transparência, a rastreabilidade e a consistência técnica das decisões da CFT, afastando-as de um modelo baseado em evidências, custo-efetividade e relevância epidemiológica local.

Identifica-se, ainda, centralização excessiva das decisões emergenciais no Presidente da Comissão, sem definição de protocolos claros para exceções terapêuticas. As diretrizes da OMS recomendam que situações emergenciais sejam tratadas com base em critérios objetivos previamente estabelecidos, com avaliação retrospectiva obrigatória pela CFT, o que não foi contemplado no regimento apresentado.

Diante dessas fragilidades, conclui-se que o regimento não atende aos requisitos técnicos, metodológicos e de governança esperados para a atuação efetiva da Comissão de Farmácia e Terapêutica, não sendo passível de pontuação.

5.17.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado não contempla o monitoramento de indicadores como eixo central da atuação da CFT, tampouco prevê a definição de metas, análise crítica de resultados ou elaboração de planos de ação decorrentes das decisões tomadas.

A ausência de indicadores estruturantes - como perfil de consumo, adesão à padronização, uso racional de medicamentos, análise de solicitações excepcionais e impacto assistencial - compromete a avaliação da efetividade da comissão e inviabiliza a gestão baseada em evidências.

Dessa forma, o cronograma revela-se insuficiente, incompleto e desalinhado às boas práticas, razão pela qual o item não merece pontuação na avaliação técnica.

5.18. Da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

5.18.1. Proposta de Regimento da Comissão

O regimento apresentado revela-se genérico, incompleto e desconectado do arcabouço normativo municipal e sanitário vigente, não demonstrando aderência às

exigências legais aplicáveis ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

O documento não menciona a Lei Municipal nº 201/2020, que institui a Política Municipal de Resíduos Sólidos, tampouco o Decreto Municipal nº 8.852/2021, que dispõe sobre o cadastramento, controle e fiscalização dos grandes geradores de resíduos, normas de observância obrigatória para a unidade hospitalar. A ausência dessas referências compromete a conformidade legal e evidencia desatualização normativa do regimento.

Verifica-se, ainda, a inexistência de diretrizes específicas para o gerenciamento de medicamentos e insumos farmacêuticos sujeitos à logística reversa, não sendo definidos ponto de coleta, condições de armazenamento seguro, fluxo de retirada, nem os registros e evidências documentais exigidos pela legislação ambiental e sanitária.

O regimento não explicita a obrigatoriedade de manutenção e apresentação de contratos e licenças ambientais referentes às etapas de coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos, aspecto crítico considerando que a legislação municipal veda a destinação desses resíduos em aterros de resíduos domiciliares. Também não há qualquer menção à necessidade de manter o cadastro municipal do gerador atualizado e devidamente documentado, conforme exigido pelo Decreto nº 8.852/2021, que é orientado ao controle, rastreabilidade e transparência das informações.

Outro ponto relevante refere-se à ausência de definição da interface da Comissão de Gerenciamento de Resíduos com a Vigilância em Saúde, o SESMT/Segurança do Trabalho e os setores de meio ambiente, integração expressamente exigida pelo regimento municipal e fundamental para a gestão integrada dos riscos sanitários, ocupacionais e ambientais.

Adicionalmente, o regimento não prevê verificação periódica da conformidade ambiental da cadeia externa, incluindo transportadores, tratadores e destinadores finais devidamente licenciados e regularizados, tampouco o arquivamento sistemático das evidências comprobatórias dessas regularidades, fragilizando a rastreabilidade e a segurança jurídica da gestão dos resíduos.

Diante das omissões normativas, da ausência de diretrizes operacionais essenciais e da fragilidade da governança ambiental proposta, conclui-se que o regimento não atende aos requisitos técnicos, legais e operacionais exigidos, não sendo passível de pontuação.

5.18.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma de atividades apresentado é insuficiente e incompleto, deixando de contemplar ações obrigatórias previstas na legislação municipal e nas boas práticas de gerenciamento de resíduos.

O cronograma apresentado também se revela insuficiente por não contemplar atividades essenciais ao adequado gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, inexistindo previsão para a realização de inventários periódicos dos resíduos por grupos, instrumento indispensável para o controle quantitativo e qualitativo da geração de resíduos. Da mesma forma, não há definição dos procedimentos relativos ao armazenamento externo, tampouco dos mecanismos de controle e monitoramento dessa etapa crítica do processo. A proposta também deixa de prever a comprovação documental da destinação final ambientalmente adequada dos resíduos, em observância ao Decreto Municipal nº 8.852/2021, bem como a instituição de rotina formal para verificação periódica da regularidade ambiental, das licenças de operação e das autorizações dos prestadores de serviços responsáveis pela coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos perante os órgãos ambientais competentes, em especial o IMASUL. Além disso, não há previsão para produção, monitoramento, consolidação e arquivamento sistemático das evidências decorrentes da execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, tais como atas, indicadores, relatórios técnicos, manifestos de transporte, certificados e comprovantes de destinação final. A ausência desses elementos compromete a rastreabilidade do gerenciamento dos resíduos, fragiliza os mecanismos de controle interno, dificulta a demonstração da conformidade ambiental da operação e evidencia que o cronograma não contempla o ciclo completo de gestão, monitoramento e melhoria contínua exigido para um serviço hospitalar como o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

A ausência desses elementos compromete a demonstração da capacidade operacional da comissão e inviabiliza o controle, a rastreabilidade e a conformidade ambiental do gerenciamento de resíduos da unidade.

Dessa forma, o cronograma apresentado não atende às exigências legais e técnicas, razão pela qual o item não merece pontuação na avaliação técnica.

5.19. Da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional

5.19.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de regimento apresentada demonstra inconsistência conceitual e inadequação normativa, comprometendo a correta caracterização e o

funcionamento da estrutura de Terapia Nutricional no âmbito do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Inicialmente, observa-se a utilização alternada e imprecisa das expressões “Comissão Multiprofissional” e “Equipe Multiprofissional”, em afronta direta à padronização normativa estabelecida pela RDC ANVISA nº 63/2000, a qual reconhece formalmente apenas a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) como estrutura assistencial obrigatória. Tal imprecisão terminológica não é meramente formal, mas compromete a definição do escopo, da natureza e das responsabilidades legais da estrutura proposta.

O texto do regimento sugere, de forma equivocada, que a EMTN seria responsável por administrar a Terapia Nutricional, gerando confusão quanto às atribuições da equipe. Ressalta-se que a EMTN possui caráter avaliativo, consultivo e recomendatório, não se configurando como unidade executora direta nem como estrutura “formadora” ou operacional responsável pela administração cotidiana da Terapia Nutricional, a qual se dá no âmbito da assistência multiprofissional regular, sob prescrição médica.

A menção à integração aos protocolos assistenciais apresenta-se de forma genérica e meramente declaratória, sem demonstrar de que maneira essa integração será efetivamente operacionalizada no âmbito da unidade hospitalar. A proposta não identifica quais categorias e equipes assistenciais participarão desse processo, tampouco estabelece a realização de reuniões clínicas formais, discussões multidisciplinares de casos, *rounds* assistenciais, fóruns técnicos ou outras instâncias de integração voltadas à avaliação e ao aprimoramento contínuo dos protocolos institucionais. Também não há definição da periodicidade dessas atividades, da metodologia a ser empregada, dos responsáveis pela condução dos trabalhos, dos fluxos de deliberação ou das instâncias decisórias competentes para análise, aprovação e revisão dos protocolos. A ausência desses elementos evidencia que a integração proposta não ultrapassa o plano conceitual, deixando de demonstrar um modelo estruturado de governança clínica capaz de assegurar a efetiva incorporação, monitoramento e atualização dos protocolos assistenciais, comprometendo a consistência técnica da proposta e o atendimento às exigências editalícias.

Tal generalidade fragiliza a compreensão da articulação da EMTN com a assistência e impede a avaliação de sua efetiva inserção nos fluxos clínicos institucionais.

No que se refere às atribuições descritas no Art. 14º, verifica-se atribuição indevida ao enfermeiro membro da EMTN da responsabilidade de orientar paciente, família e responsável legal quanto à utilização e controle da Terapia Nutricional, função que não é exclusiva do enfermeiro da EMTN. O papel do enfermeiro integrante da EMTN consiste em

articular, discutir e levar as demandas assistenciais à equipe multiprofissional de terapia nutricional, bem como disseminar as decisões da EMTN às equipes assistenciais, e não substituir ou sobrepor-se às atribuições dos enfermeiros assistenciais da unidade.

As atribuições elencadas no regimento, tanto para o enfermeiro quanto para o fonoaudiólogo, não se caracterizam como competências específicas dos membros da EMTN, mas sim como atividades próprias da assistência cotidiana dessas categorias profissionais. Tal sobreposição indevida de funções demonstra desconhecimento do papel técnico e institucional da EMTN, além de gerar confusão operacional e risco de conflito de atribuições.

Diante das inconsistências conceituais, da inadequação normativa à RDC ANVISA nº 63/2000, da confusão quanto às atribuições da EMTN e da ausência de definição clara de sua articulação com a assistência, conclui-se que o regimento apresentado não atende aos requisitos técnicos e regulatórios exigidos, não sendo passível de pontuação na avaliação técnica.

5.20. Da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias

5.20.1. Proposta de Regimento da Comissão

O Regimento apresentado revela fragilidades conceituais e inconsistências formais que comprometem sua validade técnica e operacional.

No Art. 5º, o texto limita-se a mencionar a existência de quórum, sem, contudo, definir objetivamente o quórum mínimo necessário para deliberações, requisito essencial para a legitimidade das decisões da comissão. Ademais, o dispositivo faz referência genérica a “demais estruturas e processos”, porém não estabelece competências, fluxos, responsabilidades ou critérios operacionais, tornando o conteúdo meramente declaratório e destituído de aplicabilidade prática.

Chama especial atenção o fato de que o próprio enunciado do artigo afirma que tais definições seriam detalhadas em um “Regimento Interno Próprio”, quando o documento em análise já se apresenta formalmente como o Regimento da Comissão. Essa incongruência revela erro lógico e técnico, sugerindo a existência de um “regimento do regimento”, o que não encontra respaldo administrativo ou jurídico e demonstra ausência de revisão crítica do texto.

Tal inconsistência, somada à redação genérica e desconectada da prática assistencial, indica forte indício de utilização de texto automatizado ou padronizado, sem

domínio técnico do tema e sem a devida adaptação à realidade institucional do hospital, colocando em dúvida o conhecimento efetivo do ISAC acerca da organização, funcionamento e governança da comissão proposta.

5.20.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado é incompleto e insuficiente para caracterizar o funcionamento efetivo da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias. Não há previsão de busca ativa de pacientes com feridas e estomias, atividade essencial para monitoramento da assistência, prevenção de agravos e avaliação da efetividade das condutas adotadas.

Também inexistente qualquer menção à realização de auditorias clínicas ou assistenciais, instrumento fundamental para avaliação da adesão a protocolos, padronização de condutas, uso racional de materiais e melhoria contínua da qualidade do cuidado.

A ausência dessas atividades centrais compromete a capacidade da comissão de atuar de forma proativa, técnica e baseada em evidências, esvaziando seu papel institucional e assistencial.

Diante das inconsistências formais do regimento e da fragilidade do cronograma apresentado, conclui-se que a proposta não atende aos requisitos técnicos mínimos exigidos, não sendo passível de pontuação na avaliação da Matriz Técnica.

5.21. Da instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários

A proposta apresentada estabelece horário de visitas apenas uma vez ao dia para as unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, com duração de 01 (uma) hora e limitação a 02 (dois) visitantes, o que evidencia adoção de política restritiva e inflexível.

Tal configuração encontra-se em desacordo com o disposto no edital, que exige a promoção de visita ampliada e flexível, com a manutenção de no mínimo dois ou mais horários diários, totalizando duração mínima de 04 (quatro) horas por dia, de modo a favorecer o vínculo familiar, a humanização do cuidado e a segurança emocional do paciente.

Adicionalmente, a proposta não detalha critérios objetivos nem medidas de controle de risco aplicáveis às visitas, tais como orientações de biossegurança, controle de circulação, elegibilidade de visitantes ou protocolos para situações específicas, reforçando a fragilidade técnica do item.

Diante do descumprimento direto das exigências editalícias quanto à ampliação e flexibilização das visitas, bem como da ausência de definição de medidas de controle de risco, conclui-se que o item não atende ao edital e não merece pontuação na avaliação da Proposta Técnica.

5.22. *Da proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes*

A proposta apresentada não contempla a previsão de acompanhante para pacientes indígenas, conforme expressamente exigido no edital, que determina a observância das especificidades culturais, sociais e assistenciais dessa população, em consonância com os princípios do SUS e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A ausência de diretrizes específicas para acomodação, permanência e conduta de acompanhantes indígenas configura descumprimento direto da exigência editalícia, além de fragilizar a abordagem humanizada e culturalmente adequada do cuidado.

Diante da omissão identificada, conclui-se que o item não atende ao edital e não merece pontuação na avaliação da Proposta Técnica.

5.23. *Da proposta de realização periódica de pesquisa de satisfação dos usuários, no atendimento ambulatorial e hospitalar, com definição do uso das informações e ações preventivas e corretivas*

A proposta apresentada não explicita de forma clara os objetivos da pesquisa de satisfação, tampouco define como os resultados serão utilizados para subsidiar ações preventivas e corretivas no âmbito assistencial e administrativo.

Não há definição da amostra representativa a ser pesquisada, o que compromete a equidade do processo e impede assegurar que todos os perfis de usuários tenham oportunidade de participação. A pesquisa é descrita de forma excessivamente ampla e genérica, sem segmentação por setores, serviços ou categorias profissionais, o que limita a capacidade de identificação de fragilidades específicas e a efetividade das ações corretivas.

Inexiste definição objetiva de prazos de resposta aos usuários, bem como critérios de priorização das manifestações. Também não foi apresentada a lista de temas críticos a serem avaliados, como acesso, comunicação, segurança, acolhimento, tempo de espera e qualidade do cuidado, elementos essenciais para a gestão da experiência do usuário.

Adicionalmente, não foi apresentado modelo ou exemplo de formulário, inclusive em versão sem identificação do manifestante, o que fragiliza a confiabilidade da coleta e pode inibir a manifestação espontânea dos usuários.

Embora o texto esteja bem redigido do ponto de vista formal, observa-se abordagem genérica e evasiva, sem compromisso com parâmetros operacionais mínimos, metas, indicadores e prazos, o que compromete a viabilidade prática da proposta.

Diante das lacunas identificadas, conclui-se que o item não atende integralmente às exigências editalícias e não merece pontuação na avaliação da Proposta Técnica.

5.24. Da apresentação quadro de pessoal médico compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso)

e

Da apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário

Conforme já demonstrado em tópico específico deste recurso, o material apresentado pelo ISAC para atendimento destes critérios extrapola completamente o conteúdo exigido pelo Edital, passando a incorporar informações manifestamente financeiras, tais como remuneração base, encargos trabalhistas, provisões, custos mensais e custos anuais por cargo, elementos típicos e exclusivos da Proposta Financeira, que jamais poderiam integrar o Envelope da Proposta Técnica.

O Edital é expresso e taxativo ao estabelecer, em seu item 5.4.4:

"A inclusão de qualquer documento da PROPOSTA FINANCEIRA, no envelope da PROPOSTA TÉCNICA, acarretará a desclassificação sumária da proponente do certame."

A redação do dispositivo não comporta qualquer interpretação mitigadora. A consequência jurídica foi previamente estabelecida pela própria Administração, vinculando igualmente todos os licitantes e a Comissão de Contratação, em observância aos princípios da vinculação ao instrumento convocatório, da legalidade, da isonomia, da

impessoalidade, da segurança jurídica e do julgamento objetivo, expressamente previstos no art. 5º da Lei nº 14.133/2021.

A exigência constante da Matriz de Avaliação restringe-se exclusivamente à apresentação do quadro de pessoal médico e do quadro de pessoal técnico, contendo apenas informações relativas à forma de vínculo, jornada de trabalho, horário e, quando cabível, à titulação dos responsáveis pelos serviços. Em nenhum momento o instrumento convocatório autoriza, solicita ou admite a apresentação de remunerações, encargos sociais, provisões trabalhistas, custos de pessoal ou qualquer outro elemento de natureza econômico-financeira.

Ao apresentar verdadeira planilha de composição de custos de recursos humanos para atendimento desses critérios, o ISAC descumpriu objetivamente o item 5.4.4 do Edital, antecipando informações que deveriam permanecer restritas à fase de julgamento da Proposta Financeira.

Trata-se de irregularidade objetiva e insanável, cuja consequência jurídica foi previamente definida pelo próprio instrumento convocatório, não havendo qualquer margem para flexibilização, convalidação ou relativização por parte da Comissão de Contratação.

A incidência da sanção independe da demonstração de prejuízo ao certame, de dolo ou da extensão das informações financeiras apresentadas. Basta a inclusão de documento ou conteúdo de natureza financeira no Envelope da Proposta Técnica para que se opere a consequência expressamente prevista no Edital.

Assim, a manutenção do ISAC no certame, apesar da inequívoca violação ao item 5.4.4 do Edital, representaria afronta direta às regras da seleção, conferindo tratamento privilegiado à recorrida em detrimento das demais participantes que observaram rigorosamente a segregação entre as fases técnica e financeira.

Dessa forma, a irregularidade constatada impõe a **desclassificação sumária do ISAC**, nos exatos termos do item 5.4.4 do Edital.

Sem prejuízo dessa consequência jurídica, caso a Comissão, equivocadamente, deixe de aplicar a desclassificação expressamente prevista no instrumento convocatório, verifica-se, ao menos, que o ISAC **não faz jus à pontuação integral atribuída aos critérios relativos à apresentação do quadro de pessoal médico e do quadro de pessoal técnico**, uma vez que o documento apresentado não observou os requisitos objetivos estabelecidos para esses itens da Matriz de Avaliação, extrapolando indevidamente o conteúdo

técnico exigido e incorporando informações financeiras expressamente vedadas. Assim, requer-se, sucessivamente, a revisão da pontuação conferida, com a correspondente redução da nota atribuída a esses critérios, em estrita observância aos princípios da vinculação ao edital, da isonomia e do julgamento objetivo.

5.25. *Das normas e funcionamento da Administração Geral do Hospital e do Núcleo Interno de Regulação, com especificação de estrutura, rotinas, horário, equipe mínima e qualificação profissional*

O conteúdo apresentado não atende integralmente ao disposto no edital, uma vez que contempla apenas o funcionamento da Diretoria Administrativa da unidade, deixando de abranger os elementos mínimos exigidos para a Administração Geral do Hospital e, principalmente, para o Núcleo Interno de Regulação (NIR).

Não foram apresentadas as normas de funcionamento, estrutura organizacional, rotinas operacionais, horários de funcionamento, equipe mínima, critérios de qualificação profissional e atribuições específicas do NIR, unidade estratégica para a gestão do acesso, regulação assistencial, interface com a rede de atenção à saúde e otimização da ocupação de leitos e recursos assistenciais.

A omissão de informações relativas ao NIR compromete a avaliação da capacidade de gestão assistencial, da articulação com os fluxos regulatórios do SUS e da conformidade do projeto com as exigências editalícias.

Dessa forma, considerando o escopo reduzido e a ausência de atendimento aos requisitos mínimos previstos no edital, o item não atende ao solicitado e não merece pontuação.

5.26. *Das normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva)*

O projeto técnico não apresenta proposta nem metodologia estruturada para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica, deixando de atender aos requisitos mínimos exigidos pelo edital.

Verifica-se a ausência de modelo de gestão de Ordens de Serviço, instrumento essencial para o registro, priorização, acompanhamento, controle de prazos e avaliação da resolutividade das manutenções corretivas, comprometendo a capacidade de resposta rápida a falhas estruturais e operacionais da unidade hospitalar.

Também não foram definidos os critérios para elaboração do Plano Geral de Manutenção, tampouco apresentado Cronograma de Manutenção Preventiva Programada, inviabilizando a avaliação da continuidade operacional, da segurança predial e da mitigação de riscos decorrentes de falhas em sistemas críticos.

Adicionalmente, não foram contempladas a estruturação do PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle), conforme legislação vigente, nem as diretrizes relacionadas ao SPDA (Sistema de Proteção contra Descargas Atmosféricas), elementos indispensáveis à segurança dos usuários, colaboradores e da própria edificação hospitalar.

Diante das omissões identificadas, conclui-se que o item não atende às exigências editalícias, comprometendo a confiabilidade da infraestrutura hospitalar e a governança do serviço de manutenção, razão pela qual não merece pontuação.

5.27. Das normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva)

A proposta técnica apresentada pelo ISAC não demonstra atendimento integral ao critério de avaliação referente às Normas para o Funcionamento do Serviço de Manutenção de Equipamentos Hospitalares (Preventiva e Corretiva), uma vez que restringe sua abordagem às atividades de manutenção preventiva e corretiva, deixando de contemplar diversos processos estruturantes que compõem a gestão integral das tecnologias em saúde e que são indispensáveis para o adequado funcionamento de um Serviço de Engenharia Clínica hospitalar.

O Edital não exige apenas a apresentação de procedimentos de manutenção, mas sim de normas de funcionamento capazes de demonstrar a estrutura organizacional, os processos operacionais, os mecanismos de controle, a governança técnica e a metodologia de gerenciamento de todo o parque tecnológico da unidade hospitalar.

Entretanto, a proposta apresentada limita-se à descrição genérica das atividades de manutenção, deixando de contemplar etapas essenciais do ciclo de vida dos equipamentos médico-hospitalares, comprometendo a demonstração da capacidade técnica da proponente para executar adequadamente os serviços.

Inicialmente, verifica-se a ausência de metodologia estruturada para cadastramento, inventário, identificação patrimonial e controle do parque tecnológico. A proposta não estabelece critérios para identificação individual dos equipamentos, classificação por criticidade assistencial, localização física, rastreabilidade patrimonial ou atualização

permanente do inventário, elementos indispensáveis para o planejamento das manutenções, gerenciamento de riscos tecnológicos e tomada de decisão baseada em indicadores confiáveis.

Também não há qualquer descrição dos procedimentos destinados ao recebimento, conferência, verificação, aceitação técnica, instalação e qualificação inicial dos equipamentos médico-hospitalares antes de sua entrada em operação. A proposta deixa de apresentar metodologia para conferência documental, inspeção física, testes de aceitação, validação funcional, verificação de conformidade com as especificações técnicas, ensaios iniciais de segurança elétrica e emissão de parecer técnico para liberação dos equipamentos ao uso assistencial, comprometendo a rastreabilidade da incorporação das tecnologias ao ambiente hospitalar.

Outro aspecto de extrema relevância consiste na ausência de um **Programa de Calibração Metrológica**. A proposta não identifica quais equipamentos serão submetidos à calibração, não estabelece periodicidade das calibrações, não demonstra a utilização de laboratórios acreditados pela Rede Brasileira de Calibração (RBC/INMETRO), tampouco evidencia a rastreabilidade metrológica dos padrões utilizados ou a emissão de Certificados de Calibração em conformidade com a **ISO/IEC 17025**. Tal omissão compromete a confiabilidade das medições realizadas pelos equipamentos assistenciais e impede a comprovação da precisão dos dispositivos utilizados no atendimento aos pacientes.

Da mesma forma, inexistente **Programa de Segurança Elétrica**, não sendo apresentados procedimentos para realização de ensaios em conformidade com a série **ABNT NBR IEC 60601**, tampouco há indicação dos analisadores de segurança elétrica que serão utilizados, da periodicidade dos testes, dos parâmetros avaliados ou da emissão dos respectivos Laudos de Segurança Elétrica. Trata-se de atividade essencial para garantir a integridade dos equipamentos eletromédicos e reduzir riscos de choques elétricos, correntes de fuga e demais eventos capazes de comprometer a segurança de pacientes e profissionais de saúde.

A proposta também não demonstra a utilização de padrões metrológicos rastreáveis à **Rede Brasileira de Calibração (RBC)**, nem apresenta metodologia para emissão de Certificados de Calibração, Relatórios de Qualificação ou Laudos Técnicos em conformidade com os requisitos da **ISO/IEC 17025**, comprometendo a rastreabilidade técnica das intervenções realizadas e a validade dos resultados obtidos.

Outro ponto de significativa relevância refere-se à inexistência de metodologia para gerenciamento da obsolescência tecnológica e do ciclo de vida dos ativos. Não há Programa de Modernização Tecnológica, tampouco critérios para avaliação da vida útil

dos equipamentos, análise de custo-benefício entre manutenção e substituição, classificação por criticidade, monitoramento da indisponibilidade operacional, planejamento de renovação tecnológica ou emissão de pareceres técnicos destinados a subsidiar a Administração quanto à substituição dos equipamentos.

Igualmente ausentes estão os procedimentos relacionados à retirada de uso, desativação, descaracterização patrimonial, descarte e destinação ambientalmente adequada dos equipamentos classificados como inservíveis, obsoletos ou irrecuperáveis, etapa igualmente integrante da gestão do ciclo de vida das tecnologias em saúde.

Também não foi identificada metodologia para gerenciamento das ordens de serviço, acompanhamento das intervenções técnicas, controle dos tempos de atendimento, rastreabilidade das manutenções executadas, monitoramento de indicadores de desempenho, gestão dos históricos de manutenção ou avaliação da resolutividade dos serviços prestados.

Adicionalmente, a proposta não faz qualquer referência à implantação de sistema informatizado específico para gerenciamento da Engenharia Clínica, ferramenta indispensável para controle do inventário, programação das manutenções preventivas, emissão de ordens de serviço, acompanhamento do histórico técnico dos equipamentos, monitoramento de indicadores e gestão integrada do parque tecnológico.

Cumprе destacar que a Engenharia Clínica contemporânea não se limita à execução de manutenções preventivas e corretivas. Trata-se de atividade multidisciplinar voltada ao gerenciamento integral das tecnologias em saúde, contemplando todas as fases do ciclo de vida dos equipamentos, desde sua incorporação, aceitação técnica, operação, calibração, qualificação, manutenção, monitoramento, modernização tecnológica, até sua desativação e descarte final.

Nesse contexto, normas como a **RDC ANVISA nº 509/2021**, a **ISO/IEC 17025** e a série **ABNT NBR IEC 60601** estabelecem requisitos mínimos relacionados ao gerenciamento das tecnologias em saúde, ao controle metrológico, à segurança elétrica, à rastreabilidade técnica, à qualificação dos equipamentos e ao gerenciamento dos riscos tecnológicos.

A ausência desses elementos impede a comprovação objetiva da capacidade técnica da proponente para executar atividades essenciais da Engenharia Clínica, comprometendo a conformidade normativa, a segurança operacional dos equipamentos, a

confiabilidade do parque tecnológico e, conseqüentemente, a segurança assistencial dos pacientes.

Sob a perspectiva assistencial, tais omissões assumem especial gravidade, pois equipamentos sem adequado controle metrológico podem produzir resultados imprecisos capazes de influenciar diretamente a tomada de decisão clínica. Da mesma forma, a inexistência de programas estruturados de segurança elétrica, aceitação técnica, qualificação funcional e monitoramento do ciclo de vida dos ativos eleva significativamente os riscos operacionais, patrimoniais, regulatórios e assistenciais da futura execução contratual.

Diante das relevantes lacunas identificadas, conclui-se que a proposta apresentada pelo ISAC não demonstra atendimento aos requisitos técnicos mínimos exigidos pelo Edital para o funcionamento do Serviço de Engenharia Clínica, deixando de comprovar elementos essenciais relacionados ao gerenciamento integral das tecnologias em saúde, razão pela qual **não faz jus à pontuação atribuída neste critério da Matriz de Avaliação da Proposta Técnica**, impondo-se a revisão da nota conferida pela Comissão de Avaliação.

5.28. *Dos critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição*

O projeto técnico não apresenta critérios técnicos, operacionais ou administrativos para a contratação de serviços terceirizados ou para a constituição de equipe própria destinada à execução dos serviços de limpeza, vigilância patrimonial e cozinha/nutrição.

Inexiste definição do escopo e da caracterização dos serviços, dos níveis de serviço esperados, das responsabilidades das partes envolvidas, bem como dos mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação de desempenho, elementos indispensáveis para garantir a qualidade, a continuidade e a segurança operacional desses serviços essenciais ao funcionamento hospitalar.

Também não foram apresentados critérios de conformidade com a legislação vigente, incluindo normas sanitárias, trabalhistas e de segurança, tampouco a adequação às necessidades operacionais específicas da unidade hospitalar, o que inviabiliza a análise da viabilidade técnica e da governança dos serviços propostos.

Diante da ausência de critérios mínimos que permitam avaliar a forma de execução, o controle e a responsabilização pelos serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição, conclui-se que o item não atende às exigências editalícias, razão pela qual não deve ser pontuado.

5.29. *Da comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências)*

Nos termos da Matriz de Avaliação, a comprovação de experiência em gestão de serviços de saúde em unidades com capacidade instalada igual ou superior a 100 (cem) leitos de internação deve ser realizada mediante apresentação de documentação idônea que permita a identificação inequívoca da unidade hospitalar gerida, bem como a verificação objetiva de sua capacidade instalada.

O ISAC apresentou quatro comprovações de experiência. Contudo, após análise da documentação, verifica-se que apenas três comprovações atendem plenamente ao critério editalício, quais sejam:

- Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – 144 leitos (p. 15 do Volume II);
- Hospital Municipal Antônio Teixeira Sobrinho – 123 leitos (p. 29 do Volume II);
- Hospital Regional Chagas Rodrigues – 133 leitos (p. 37 do Volume II).

Em relação à quarta comprovação, apresentada às fls. 43 do Volume II, a entidade juntou publicação de contrato de gestão celebrado com o Município de Maceió, contudo sem indicação expressa da unidade hospitalar objeto da gestão, tampouco qualquer referência ao nome do hospital ou à sua capacidade instalada.

A ausência de identificação da unidade hospitalar inviabiliza a verificação do número de leitos e, conseqüentemente, o enquadramento da experiência ao critério objetivo estabelecido na Matriz de Avaliação. Ressalta-se que não é admissível presunção ou inferência quanto ao porte da unidade, sendo imprescindível a comprovação documental clara, objetiva e verificável.

Dessa forma, a quarta comprovação não atende ao requisito editalício, devendo ser desconsiderada para fins de pontuação, reconhecendo-se como válidas apenas três experiências comprovadas, nos termos acima descritos.

5.30. *Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências)*

O Edital estabelece que os profissionais integrantes da estrutura diretiva devem comprovar experiência em gestão de serviços de saúde em unidades com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos de internação, sendo atribuídos 2,0 pontos por experiência comprovada, limitado ao máximo de quatro experiências. Para fins de pontuação, o instrumento convocatório também exige a comprovação de certificação de especialização na área de gestão hospitalar, mediante apresentação de documentação completa e formal, nos termos expressamente previstos no edital.

No que se refere à profissional **Waldineide Pereira de França Duarte**, indicada para o cargo de **Diretora Geral**, a documentação apresentada às folhas 51 (volume II) encontra-se formalmente regular, atendendo, em princípio, às exigências editalícias, permanecendo a pontuação condicionada à verificação específica da comprovação de experiência em unidade com capacidade instalada mínima exigida.

Em relação à profissional **Maria Dulcimary Ribeiro Fonseca**, indicada como **Diretora Administrativa**, verifica-se que não foram atendidos os requisitos editalícios de forma cumulativa. Às folhas 129 (volume II) foi apresentado apenas um atestado de que a profissional cursou Pós-Graduação em Gestão Hospitalar e Saúde Pública pela Faculdade Católica Dom Orione, sem o respectivo histórico escolar, documento este expressamente exigido pelo edital como condição de validade, o que inviabiliza seu reconhecimento para fins de pontuação. Às folhas 131 (volume II) consta documento redigido em língua espanhola, desacompanhado de tradução juramentada, o que igualmente impede sua análise e aceitação. Já às folhas 133 (volume II) foi apresentado histórico escolar referente a MBA Executivo em Gestão Hospitalar pela Faculdade Unyleya, porém sem a correspondente declaração de conclusão ou certificado do curso, não sendo possível comprovar a efetiva conclusão da especialização. Ademais, não foram apresentados documentos aptos a demonstrar experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, conforme exigido pelo edital. Dessa forma, a profissional não atende aos requisitos necessários à pontuação.

Quanto ao profissional **Carlos Alberto Teixeira Costa**, indicado para o cargo de **Diretor Técnico**, observa-se que não foi apresentada comprovação de pós-graduação ou especialização na área de gestão hospitalar. Os documentos juntados referem-se exclusivamente à formação médica, consistindo em certificado de residência médica em Medicina Intensiva, às folhas 229 (volume II), e certificado de especialidade em Cirurgia Geral, às folhas 231 (volume II). Tais títulos, embora relevantes do ponto de vista assistencial, não suprem a exigência objetiva e específica do edital quanto à especialização em gestão

hospitalar, razão pela qual o profissional não atende ao requisito necessário para fins de pontuação.

Por fim, em relação à profissional **Layane Silva do Nascimento**, indicada para o cargo de **Diretora Assistencial/Enfermagem**, foi apresentada apenas declaração de matrícula, às folhas 254 (volume II), em curso de MBA em Gestão de Excelência em Saúde, com previsão de término em 20 de março de 2026. O edital, entretanto, exige a comprovação de curso de especialização concluído, mediante apresentação de certificado de conclusão ou declaração acompanhada de histórico escolar, não sendo admitida pontuação para cursos em andamento. Assim, a documentação apresentada não atende às exigências editalícias.

Diante do exposto, conclui-se que, no âmbito do item 3.33, apenas uma profissional apresentou documentação formalmente apta à análise, ao passo que os demais integrantes da estrutura diretiva indicados pelo ISAC não comprovaram, de forma válida e nos termos exigidos pelo edital, a especialização em gestão hospitalar e/ou a experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada mínima de 100 leitos. Em razão disso, as experiências não comprovadas não devem ser consideradas para fins de pontuação, sob pena de afronta aos princípios da legalidade, da isonomia entre os proponentes e da vinculação ao instrumento convocatório.

5.31. *Comprovação, pela entidade, de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24h (cada certidão somará 2,50 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências)*

O Edital estabelece que a entidade deve comprovar experiência na gestão de unidade de saúde com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos de internação, que possua atendimento de urgência e emergência em regime de 24 horas, sendo atribuídos 2,50 pontos por certidão válida, limitado ao máximo de quatro experiências reconhecidas.

No presente caso, o ISAC apresentou quatro documentos com a finalidade de comprovar a experiência exigida. Contudo, após análise técnica da documentação, verifica-se que apenas três comprovações atendem de forma inequívoca aos requisitos editalícios, especialmente no que se refere à comprovação do atendimento de urgência e emergência em regime de 24 horas.

Entre as comprovações válidas, destacam-se aquelas referentes ao Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, com capacidade instalada de 144 leitos, conforme documentação constante à página 15 do Volume II, e ao Hospital Municipal Antônio Teixeira

Sobrinho, com capacidade instalada de 123 leitos, conforme documentação juntada à página 29 do Volume II, ambas contendo elementos suficientes para identificar a unidade hospitalar e confirmar seu perfil assistencial compatível com as exigências do edital.

Entretanto, quanto à quarta comprovação apresentada, verifica-se que às páginas 43 consta apenas a publicação de um contrato de gestão firmado com o Município de Maceió, sem qualquer menção expressa ao nome da unidade hospitalar objeto da gestão. A ausência de identificação da unidade inviabiliza a verificação de seu perfil assistencial, notadamente quanto à capacidade instalada e à prestação de serviços de urgência e emergência em regime de 24 horas, requisitos essenciais previstos no edital. Dessa forma, não é possível reconhecer tal documento como comprovação válida para fins de pontuação.

Diante do exposto, conclui-se que, no âmbito do item 3.34, apenas três experiências apresentadas pelo ISAC atendem de forma comprovada às exigências editalícias, devendo ser desconsiderada a quarta comprovação por ausência de elementos mínimos que permitam a identificação da unidade hospitalar e a confirmação de seu enquadramento nos critérios estabelecidos no instrumento convocatório, em observância aos princípios da legalidade, da vinculação ao edital e da isonomia entre os proponentes.

5.32. *Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA II*

Após análise minuciosa da documentação apresentada pelo ISAC, não foi localizada qualquer comprovação válida que demonstre a gestão, pela entidade, de unidade hospitalar com capacidade instalada mínima exigida e detentora de acreditação ONA Nível II, nos termos estabelecidos no instrumento convocatório. Não foram identificados certificados de acreditação, declarações formais, contratos de gestão acompanhados de comprovação da acreditação, nem quaisquer outros documentos aptos a evidenciar o atendimento ao requisito editalício.

6. DA NECESSÁRIA OBSERVÂNCIA AO EDITAL, AO JULGAMENTO OBJETIVO E À REVISÃO DA PONTUAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA

A análise das Propostas Técnicas no âmbito do presente Chamamento Público deve observar rigorosamente os critérios objetivos previamente estabelecidos no instrumento convocatório, sendo vedado à Comissão de Contratação atribuir pontuação a requisitos não comprovados, relativizar exigências editalícias ou suprir, por presunção, lacunas existentes nas propostas apresentadas pelas organizações sociais participantes.

Embora o presente procedimento possua natureza de chamamento público para seleção de Organização Social de Saúde, não se afasta a incidência dos princípios que regem toda a atuação da Administração Pública, notadamente aqueles previstos no artigo 37 da Constituição Federal e no artigo 5º da Lei Federal nº 14.133/2021, dentre os quais se destacam a legalidade, a impessoalidade, a moralidade, a publicidade, a eficiência, a isonomia, a segurança jurídica, a transparência, o julgamento objetivo e a vinculação ao instrumento convocatório.

Dentre esses princípios, assume especial relevância o princípio da vinculação ao instrumento convocatório, segundo o qual tanto a Administração quanto todos os participantes do certame encontram-se integralmente subordinados às regras previamente estabelecidas no Edital, não sendo admissível sua flexibilização, mitigação ou alteração durante o curso do procedimento.

O Edital constitui a verdadeira lei interna do certame, vinculando igualmente a Comissão de Contratação e as organizações sociais participantes. Assim, uma vez definidos os critérios de habilitação, avaliação técnica, pontuação, classificação e desclassificação, não cabe à Comissão afastar ou reinterpretar exigências objetivas sob pena de violação aos princípios da legalidade, da isonomia, da segurança jurídica e do julgamento objetivo.

Da mesma forma, o princípio do julgamento objetivo exige que a pontuação das propostas decorra exclusivamente do efetivo atendimento dos requisitos expressamente previstos na Matriz de Avaliação, vedando avaliações baseadas em presunções, conhecimentos externos acerca da entidade participante, interpretações ampliativas ou expectativas de futura implementação de procedimentos não demonstrados documentalmente.

Em outras palavras, a proposta técnica deve ser autossuficiente, permitindo que a Comissão verifique, de forma objetiva, documental e inequívoca, o atendimento de cada requisito previsto no Edital. Não compete ao avaliador presumir a existência de fluxos, protocolos, metodologias, estruturas administrativas, programas ou processos que não foram efetivamente apresentados pela proponente.

Esse entendimento foi, inclusive, reforçado pelo próprio Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul ao apreciar este mesmo Chamamento Público, por meio da **Decisão Singular Interlocutória DSI-GSP-476/2026**, ocasião em que destacou a imprescindibilidade da observância da sequência procedimental prevista no Edital e da estrita segregação entre a fase técnica e a fase financeira.

Na referida decisão, consignou-se expressamente:

"O edital em exame estruturou o procedimento em fases distintas, reservando à etapa técnica papel decisivo para a definição da ordem classificatória e condicionando a abertura da proposta financeira à conclusão da pontuação técnica e da fase recursal pertinente. Essa separação de fases harmoniza-se com a lógica do art. 17 da Lei nº 14.133/2021 e com a própria disciplina do instrumento convocatório, que exige estabilidade mínima da classificação técnica antes do acesso ao conteúdo econômico das propostas."

Tal entendimento possui especial relevância para o presente recurso.

Isso porque uma das mais graves irregularidades verificadas consiste justamente na apresentação, pelo ISAC, de documento contendo informações manifestamente financeiras no Envelope da Proposta Técnica, em flagrante afronta ao item 5.4.4 do Edital, que estabelece de forma categórica:

"A inclusão de qualquer documento da PROPOSTA FINANCEIRA, no envelope da PROPOSTA TÉCNICA, acarretará a desclassificação sumária da proponente do certame."

Trata-se de comando objetivo, vinculante e de aplicação obrigatória.

A consequência jurídica prevista pelo próprio Edital não depende da demonstração de prejuízo ao certame, tampouco admite juízo discricionário por parte da Comissão. Basta a constatação da inclusão de documento ou informação de natureza financeira no Envelope da Proposta Técnica para que incida, automaticamente, a penalidade expressamente prevista pela Administração.

No presente caso, restou demonstrado que o ISAC apresentou, no documento destinado ao atendimento dos itens relativos ao quadro de pessoal médico e técnico, verdadeira planilha de composição de custos contendo remuneração base, encargos trabalhistas, provisões, remuneração mensal e custos anuais por cargo, elementos manifestamente financeiros que não foram exigidos pelo Edital e que pertencem exclusivamente à fase de julgamento da Proposta Financeira.

A manutenção do ISAC no certame, apesar da inequívoca violação ao item 5.4.4 do instrumento convocatório, representaria afronta direta aos princípios da vinculação ao edital, da legalidade, da isonomia, da impessoalidade, da segurança jurídica e do julgamento objetivo, criando exceção inexistente no Edital e conferindo tratamento privilegiado à recorrida em detrimento das demais participantes que observaram rigorosamente as regras estabelecidas pela Administração.

Além disso, como amplamente demonstrado ao longo deste recurso, a Proposta Técnica do ISAC apresenta diversas inconsistências, omissões, incompatibilidades técnicas, utilização de normativos revogados, ausência de metodologias essenciais, deficiência na descrição de fluxos operacionais e insuficiência na demonstração da capacidade técnica exigida pela Matriz de Avaliação, circunstâncias que evidenciam a necessidade de revisão da pontuação atribuída pela Comissão.

Em tais hipóteses, não há espaço para avaliações subjetivas, flexibilizações ou complementações posteriores. A pontuação somente pode ser atribuída quando houver demonstração objetiva e documental do atendimento aos critérios estabelecidos no Edital.

Ausente essa comprovação, impõe-se a revisão da nota conferida, em estrita observância aos princípios que regem o procedimento seletivo e à necessidade de seleção da proposta tecnicamente mais vantajosa para a Administração Pública.

Por todo o exposto, espera o Recorrente que esta Comissão de Contratação exerça seu dever-poder de autotutela administrativa, promovendo a correção das ilegalidades ora apontadas e assegurando a estrita observância do instrumento convocatório, em respeito aos princípios da legalidade, da vinculação ao edital, da isonomia, da impessoalidade, da segurança jurídica e do julgamento objetivo.

Especialmente quanto ao descumprimento do item 5.4.4 do Edital, não se trata de mera irregularidade formal, mas de hipótese objetiva cuja consequência jurídica foi previamente estabelecida pela própria Administração como sendo a **desclassificação sumária da proponente**, não cabendo à Comissão afastar, relativizar ou deixar de aplicar sanção expressamente prevista no instrumento convocatório.

A eventual manutenção da proposta do ISAC, apesar da manifesta desconformidade com o Edital, comprometerá a legitimidade do procedimento, a igualdade de tratamento entre os participantes e a credibilidade do presente Chamamento Público, além de afrontar o entendimento já externado pelo Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso

do Sul quanto à necessidade de observância rigorosa da separação entre as fases técnica e financeira.

Diante desse cenário, espera o Recorrente que a própria Comissão promova a correção das ilegalidades identificadas, preservando a lisura, a transparência e a segurança jurídica do certame.

Não sendo acolhidas as razões ora apresentadas, especialmente quanto à necessária desclassificação do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC em razão da inequívoca violação ao item 5.4.4 do Edital, bem como quanto à revisão da pontuação técnica atribuída à recorrida, não restará alternativa ao Instituto Social Mais Saúde – ISMS senão provocar os órgãos competentes para tutela da legalidade do procedimento, inclusive mediante representação ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul e, se necessário, pela adoção das medidas judiciais cabíveis, visando assegurar a estrita observância do instrumento convocatório, a preservação da isonomia entre os participantes, o julgamento objetivo e a seleção da proposta efetivamente mais vantajosa para a Administração Pública.

O Recorrente, entretanto, confia que esta Comissão promoverá a revisão do julgamento com fundamento na legalidade e na vinculação ao Edital, evitando a perpetuação de vícios capazes de comprometer a validade do procedimento e garantindo que a decisão final reflita, efetivamente, os critérios objetivos previamente estabelecidos no instrumento convocatório e o interesse público que orienta a presente seleção.

7. DOS PEDIDOS

Diante de todo o exposto, requer o Recorrente seja o presente Recurso Administrativo conhecido, por ser tempestivo, e, no mérito, integralmente provido, para que a Comissão de Contratação promova a revisão da decisão recorrida, nos seguintes termos:

- a.** conheça e dê integral provimento ao presente Recurso Administrativo, reformando a decisão recorrida;
- b.** reconheça que o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC incorreu em descumprimento objetivo e insanável do item 5.4.4 do Edital, ao inserir documento contendo informações manifestamente financeiras no Envelope da Proposta Técnica, em afronta direta às regras do certame e determine, em consequência, a **desclassificação sumária do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, nos exatos termos do item 5.4.4 do Edital, em observância aos princípios da legalidade, da

vinculação ao instrumento convocatório, da isonomia, da impessoalidade, da moralidade administrativa, da segurança jurídica e do julgamento objetivo;

- c.** reconheça que a regra prevista no item 5.4.4 possui natureza objetiva, vinculada e de aplicação obrigatória, inexistindo margem para relativização, flexibilização ou criação de exceção não prevista no instrumento convocatório;
- d.** reconheça que a manutenção da proposta técnica do ISAC, apesar da comprovada violação ao item 5.4.4 do Edital, importará em flagrante afronta aos princípios previstos no art. 5º da Lei Federal nº 14.133/2021, bem como ao entendimento consignado pelo Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul na Decisão Singular Interlocutória DSI-GSP-476/2026 acerca da necessária segregação entre as fases técnica e financeira do procedimento;
- e.** subsidiariamente, apenas para a remota hipótese de não ser acolhida a desclassificação do ISAC, o que se admite exclusivamente por força do princípio da eventualidade, proceda à integral reavaliação da Proposta Técnica da referida entidade, reconhecendo todas as desconformidades apontadas neste recurso e promovendo a correspondente revisão da pontuação atribuída, em estrita observância aos critérios objetivos da Matriz de Avaliação e às exigências do Edital;
- f.** proceda à revisão da pontuação atribuída ao Instituto Social Mais Saúde - ISMS, reconhecendo o atendimento integral dos requisitos previstos na Matriz de Avaliação da Proposta Técnica e atribuindo-lhe a pontuação correspondente aos itens efetivamente comprovados na documentação apresentada;
- g.** promova a retificação da classificação técnica das proponentes, observando-se os efeitos decorrentes da desclassificação do ISAC ou, subsidiariamente, da revisão da pontuação técnica das propostas;
- h.** assegure que a abertura e análise das Propostas Financeiras somente ocorra após o julgamento definitivo do presente recurso administrativo e a consolidação da classificação técnica, em

conformidade com o Edital e com o entendimento firmado pelo Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul;

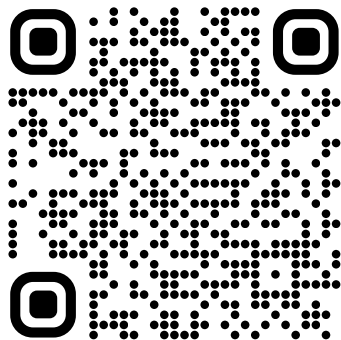
- i.* caso entenda pelo não acolhimento total ou parcial do presente recurso, apresente decisão expressamente motivada, enfrentando individualmente todos os fundamentos de fato e de direito suscitados pelo Recorrente, especialmente quanto à incidência do item 5.4.4 do Edital, à obrigatoriedade de desclassificação do ISAC e às desconformidades técnicas apontadas;
- j.* seja declarada a nulidade de qualquer ato administrativo que venha a permitir o prosseguimento da proposta do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC em desacordo com o item 5.4.4 do Edital, por afronta aos princípios da legalidade, da vinculação ao instrumento convocatório, da isonomia, da segurança jurídica e do julgamento objetivo, preservando-se a lisura e a regularidade do presente Chamamento Público;
- k.* por fim, sejam preservados todos os direitos do Instituto Social Mais Saúde - ISMS, inclusive para adoção das medidas administrativas, representações perante os órgãos de controle, especialmente o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul, bem como das medidas judiciais cabíveis, caso persista decisão que contrarie as disposições do Edital, a legislação aplicável e os princípios que regem as contratações públicas.

Nestes termos,
Pede deferimento.

São Paulo (SP), 26 de junho de 2026.

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE
Gislane S. Lima
OAB/SP nº 529.898

Relatório de auditoria e validação de assinaturas eletrônicas



Código validar.iti.gov.br: 6b17

15b576853c5082a4d9b487c5ca3
95be480a517ebc99f0696d5b0c6
1510326b17 Hash SHA256 do original

URL pública de verificação de integridade e autenticidade
<https://valida.ae/2d83af1bc0e5c7976b696bf935ad4fb30558dc945c7747141>

Assinaturas eletrônicas realizadas em conformidade com a Lei nº 14.063/2020 e Regulamento (UE) nº 910/2014 (eIDAS)

Este documento contém assinaturas qualificadas

O arquivo foi assinado no padrão PAdES, incorporando os certificados digitais e as evidências criptográficas utilizadas no processo de assinatura. A validação das assinaturas pode ser realizada por meio da URL de verificação do documento ou pela abertura do arquivo em qualquer leitor de PDF compatível com o padrão PAdES.



Este documento foi assinado com certificados ICP-Brasil

Este documento possui assinaturas realizadas com certificados da cadeia ICP-Brasil. Para validar as assinaturas, **escaneie o QRCode ao lado em validar.iti.gov.br** ou abra este arquivo em um leitor compatível com o padrão PAdES. O arquivo PAdES mantém a integridade do conteúdo original e incorpora os certificados digitais e evidências criptográficas utilizadas no processo de assinatura.