



Referência: Chamamento Público nº 001/2025

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul

Entidade: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

CNPJ: 48.211.585/0001-15

À Comissão de Contratação do Chamamento Público nº 001/2025 – SES/MS

A **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO – SBCD**, já qualificada nos autos do Chamamento Público em epígrafe, vem, respeitosamente e tempestivamente, à presença desta Comissão de Contratação, apresentar **RECURSO ADMINISTRATIVO** em face do resultado da análise do Plano de Trabalho/Proposta Técnica apresentado, pelos fundamentos de fato e de direito a seguir expostos.

PRELIMINARMENTE – DA IMPOSSIBILIDADE DE DESCLASSIFICAÇÃO POR SUPOSTA INOBSERVÂNCIA DO SUBITEM 5.4.1 DO EDITAL.

A SBCD impugna, preliminarmente, a desclassificação fundada no suposto descumprimento do subitem 5.4.1 do Edital, sob a alegação de que a Proposta Técnica não teria sido iniciada por índice relacionando todos os documentos e as folhas em que se encontram.

A desclassificação por esse fundamento revela-se desproporcional e excessivamente formalista, especialmente porque a Proposta Técnica apresentada pela SBCD continha estrutura organizada, sumário, divisão por itens, indicação de seções, documentos, manuais, protocolos, regimentos, cronogramas, atestados e demais anexos, permitindo a plena localização e análise do conteúdo técnico pela Comissão.

Ainda que se admitisse eventual falha formal quanto à posição, ordem ou forma de apresentação do índice, tal circunstância não comprometeu a substância da



proposta, não alterou seu conteúdo técnico, não inviabilizou a análise dos documentos, não gerou prejuízo ao julgamento e não afetou a isonomia entre os participantes.

A própria análise realizada pela Comissão demonstra que foi possível examinar a Proposta Técnica da SBCD em seus diversos itens, atribuindo pontuação específica aos critérios avaliados. Portanto, não se pode sustentar que a ausência de índice no exato formato ou localização pretendida tenha impedido a compreensão, a conferência ou o julgamento do conteúdo apresentado.

A finalidade do índice é facilitar a localização dos documentos e das informações constantes da proposta, e não constituir requisito material de qualificação técnica. Assim, eventual irregularidade meramente formal, sem prejuízo à análise do conteúdo, não poderia ensejar a medida extrema de desclassificação, sobretudo quando a proposta foi efetivamente examinada e pontuada pela Comissão.

O julgamento da proposta técnica deve observar os princípios da razoabilidade, proporcionalidade, competitividade, julgamento objetivo, vinculação ao edital, motivação adequada, isonomia e aproveitamento material dos atos. Tais princípios impedem que vício meramente formal, incapaz de alterar a substância da proposta ou de causar prejuízo concreto ao certame, seja utilizado como fundamento para afastar proposta tecnicamente analisável.

Além disso, caso a Comissão entendesse indispensável a apresentação de índice em formato diverso, deveria ter oportunizado diligência ou saneamento da falha, por se tratar de providência meramente organizacional, incapaz de modificar o conteúdo da Proposta Técnica ou conferir vantagem indevida à SBCD.

Não se trata de complementação de conteúdo técnico, substituição de documento essencial ou alteração posterior da proposta, mas apenas de eventual adequação formal de apresentação, cuja finalidade seria exclusivamente facilitar a



localização de documentos já apresentados dentro do prazo e integrantes do volume original da proposta.

Dessa forma, a desclassificação da SBCD por suposta inobservância do subitem 5.4.1 do Edital **configura formalismo excessivo**, pois desconsidera que a proposta foi apresentada, protocolada, organizada, analisada e pontuada, inexistindo prejuízo concreto à Administração, à Comissão ou aos demais participantes.

Diante disso, requer-se o afastamento da desclassificação fundada no suposto descumprimento do subitem 5.4.1 do Edital, reconhecendo-se que eventual irregularidade na forma de apresentação do índice, caso existente, possui natureza meramente formal e não compromete a validade, a substância ou a análise técnica da proposta apresentada pela SBCD.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda necessária alguma adequação formal quanto ao índice, requer-se que seja oportunizado o saneamento da falha, sem desclassificação da proposta, por se tratar de medida proporcional, razoável e compatível com o aproveitamento material dos documentos já apresentados.

I – DA TEMPESTIVIDADE

O presente Recurso Administrativo é tempestivo.

Conforme Ata de Realização do Chamamento Público nº 001/2025, publicada no Diário Oficial Eletrônico do Estado de Mato Grosso do Sul nº 12.194, em 23 de junho de 2026, foi tornado público o resultado da análise das Propostas Técnicas apresentadas pelas organizações sociais participantes.

Nos termos do item 7.3 do Edital, o prazo para interposição de recurso é de 3 (três) dias úteis, contados da intimação, da lavratura da ata ou da comunicação da respectiva fase pela Comissão de Contratação.



Considerando que a publicação do resultado ocorreu em 23 de junho de 2026, o prazo recursal iniciou-se no primeiro dia útil subsequente, encerrando-se em 26 de junho de 2026.

Assim, sendo o presente recurso apresentado dentro do prazo previsto no edital, requer-se o seu recebimento e regular conhecimento.

II – DOS FATOS

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul instaurou o Chamamento Público nº 001/2025, destinado à seleção de Organização Social para celebração de Contrato de Gestão para gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, em Ponta Porã/MS.

A SBCD participa regularmente do certame, apresentando sua documentação e Proposta Técnica, com todos os documentos, manuais, protocolos, regimentos, cronogramas, atestados e demais elementos exigidos pelo edital.

Em 23 de junho de 2026, foi publicado no Diário Oficial Eletrônico nº 12.194 o resultado da nova análise das Propostas Técnicas, ocasião em que a SBCD obteve pontuação inferior à devida e foi desclassificada.

Ocorre que diversos itens da Proposta Técnica da SBCD receberam nota zero ou pontuação reduzida, embora o conteúdo correspondente conste expressamente no Plano de Trabalho e em seus anexos. Em muitos casos, a justificativa apresentada pela Comissão foi genérica, limitando-se a afirmar “não apresentou” ou expressão equivalente, sem análise individualizada do conteúdo efetivamente entregue.

Diante disso, a SBCD apresenta o presente Recurso Administrativo, buscando a reavaliação da pontuação atribuída, o reconhecimento dos documentos e conteúdos apresentados, a majoração da nota técnica e a consequente retificação do resultado do certame.



III – DAS RAZÕES RECURSAIS

III.1. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

Cronograma detalhado, com metas claras indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados”, para o qual o edital previa pontuação máxima de 4,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de que “o cronograma não contempla o período para certificação ONA I e foi apresentado integrado ao cronograma de implantação do DRG”.

A conclusão adotada pela Comissão não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. Nas páginas 76 a 79, a SBCD apresentou seção própria denominada “1.4 Sistema de Qualidade e Certificação ONA”, na qual indicou a Acreditação ONA como referência estruturante da gestão da qualidade hospitalar, integrando seus princípios à governança clínica, administrativa e operacional do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN.

No referido item, consta expressamente o “Cronograma de Implantação da Acreditação ONA”, organizado por fases, etapas, responsáveis, prazos e recursos de apoio técnico. A Fase 1 foi identificada como “Diagnóstico e Planejamento – ONA I – Segurança do Paciente”, com prazo de 0 a 12 meses, contemplando diagnóstico situacional da unidade, criação do Comitê de Qualidade e Segurança, implantação de protocolos obrigatórios da ANVISA e OMS, capacitação de lideranças e equipes assistenciais e elaboração do Manual da Qualidade.

Além disso, foram indicados como responsáveis o Diretor Técnico e o Núcleo de Qualidade/NQSP, bem como previstos recursos humanos dedicados, software de gestão da qualidade e consultoria técnica externa. Portanto, não procede a afirmação de que o cronograma não contemplaria período para certificação ONA I, pois a proposta



indicou expressamente a fase correspondente, seu prazo, seus responsáveis, suas etapas e os recursos necessários.

O Plano também prevê a evolução progressiva para os demais níveis de acreditação, com resultados esperados de Certificação ONA 1 em até 24 meses, Certificação ONA 2 em até 36 meses e Certificação ONA 3 em até 48 meses, demonstrando planejamento escalonado e coerente para obtenção da acreditação hospitalar.

Também não procede a justificativa de que a apresentação integrada ao cronograma DRG/P4P afastaria o atendimento ao edital. A integração entre ONA e DRG/P4P foi apresentada como estratégia metodológica de gestão por qualidade, valor, indicadores e resultados, sem substituir ou descaracterizar o cronograma próprio da ONA. O edital não vedou a apresentação integrada de ferramentas de gestão, especialmente quando preservados os elementos exigidos para a acreditação: etapas, metas, responsáveis, prazos e recursos.

Ao contrário, a integração entre Acreditação ONA, gestão por indicadores, BI hospitalar, auditorias internas, segurança do paciente, gestão de riscos e DRG/P4P reforça a consistência técnica da proposta, pois a acreditação hospitalar exige governança, rastreabilidade, análise de desempenho, melhoria contínua e monitoramento sistemático dos processos.

Adicionalmente, nas páginas 140 a 142, o Plano de Trabalho apresenta o item “Cronograma ONA e DRG/P4P – Sistema de Qualidade”, com diretrizes gerais, objetivos estratégicos e cronograma técnico integrado de 48 meses, reforçando a implantação progressiva da qualidade, com etapas, entregas-chave, equipe técnica, sistema de apoio, capacitação e investimento estimado.

Assim, a avaliação da Comissão incorreu em erro material ao atribuir nota zero ao item. O conteúdo apresentado demonstra a existência de cronograma ONA



próprio, fase específica de ONA I, prazos, responsáveis, recursos, metas e governança de acompanhamento. Eventual entendimento de que o conteúdo deveria estar graficamente mais segregado ou apresentado em quadro distinto não autoriza a desconsideração integral da proposta.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão dos 4,0 pontos previstos no edital. Subsidiariamente, caso se entenda que algum elemento não alcança integralmente o grau de detalhamento esperado, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, em observância aos princípios do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da motivação adequada e da vinculação ao instrumento convocatório.

Para facilitar a conferência, apresenta-se a correspondência entre os requisitos do edital e os elementos constantes do Plano de Trabalho:

Requisito do edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Atendimento
Cronograma detalhado	Páginas 76 a 79 e 140 a 142	Apresentado cronograma de implantação da acreditação ONA e cronograma técnico integrado de 48 meses.
Metas claras	Páginas 76, 79, 141 e 142	Previstas fases de ONA I, ONA II e ONA III, com certificação progressiva e resultados esperados.
Etapas para obtenção da acreditação ONA	Páginas 76 a 77 e 141 a 142	Apresentadas fases de diagnóstico, planejamento, padronização, integração, auditorias, melhoria contínua e certificação.
Responsáveis	Páginas 76 e 77	Indicados Diretor Técnico, NQSP, Superintendência Hospitalar, Diretoria Executiva SBCD, Comitê de Governança SES—



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Requisito do edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Atendimento
		OSS, consultoria externa e equipes assistenciais.
Prazos	Páginas 76, 77, 79, 141 e 142	Indicados prazos de 0 a 12 meses, 12 a 24 meses, 24 a 48 meses, além dos marcos de ONA 1, ONA 2 e ONA 3.
Recursos alocados	Páginas 76, 78 e 142	Indicados recursos humanos, software de gestão da qualidade, consultoria técnica externa, treinamentos, auditorias, infraestrutura, TI, taxas de certificação e orçamento estimado.

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

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Proposta para implantação de metodologia/modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados”, para o qual o edital previa pontuação máxima de 6,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de que “não foi apresentada proposta para implantação, e sim um cronograma integrado ao cronograma para certificações ONA”.

A conclusão adotada pela Comissão não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. A proposta contém item próprio e específico denominado “1.5 Metodologia de Valor em Saúde (DRG / Pay for Performance)”, no qual a SBCD apresentou diretriz de implantação, objetivos específicos, cronograma de execução, critérios de remuneração por desempenho, indicadores de efetividade, integração tecnológica, sustentação operacional, responsáveis, prazos e recursos de apoio.



Não se trata, portanto, de mera menção genérica ao tema, tampouco de simples anexo subordinado ao cronograma ONA. Trata-se de proposta autônoma de implantação de modelo de Valor em Saúde, baseada nos referenciais DRG Brasil® e P4P – Pay for Performance, com integração aos sistemas SIH/SUS e SIA/SUS, voltada ao aprimoramento da eficiência assistencial, da gestão de recursos, dos desfechos clínicos e da experiência do paciente.

O Plano de Trabalho apresentou objetivos diretamente relacionados à implantação do modelo, incluindo a classificação de casos clínicos por complexidade e gravidade, análise comparativa de produtividade e eficiência, integração da base de dados institucional, compatibilidade com CID-10, AIH e APAC, mecanismos de remuneração variável atrelados à performance assistencial e desenvolvimento de cultura organizacional orientada por valor.

Além disso, foi apresentado cronograma próprio de implantação para Ponta Porã, com prazo de 12 meses, dividido em etapas claras: planejamento e preparação institucional, treinamento e capacitação, implantação do módulo DRG Brasil®, ativação da governança clínica e do Escritório de Valor e consolidação do modelo P4P. Para cada etapa foram indicados períodos, entregáveis, integração com SIH/SIA e marcos operacionais.

A proposta também detalhou critérios de remuneração por desempenho, com indicadores ponderados nos eixos de gestão e experiência, contemplando eficiência assistencial, desempenho clínico, custo-efetividade, segurança assistencial, satisfação do usuário e humanização/acolhimento, com metas de referência, pesos percentuais, aferição trimestral, consolidação semestral e auditoria pela SES/MS.

No mesmo sentido, foram previstos indicadores de efetividade, tais como mortalidade hospitalar ajustada por complexidade, taxa de readmissão em 30 dias, permanência média ajustada, satisfação do paciente e custo médio por caso ajustado, com indicação das fontes de dados e periodicidade de acompanhamento.



Quanto aos recursos e instrumentos de implantação, a SBCD previu plataforma DRG Brasil®, ambiente seguro de hospedagem, interoperabilidade via API, integração com SIH/SIA/SUS, padronização das informações de alta hospitalar, envio automático de dados para painéis analíticos, validação de consistência e auditoria eletrônica de contas.

Também foi descrita a sustentação operacional do modelo, incluindo educação continuada para codificação e governança clínica, consultoria especializada, Comitê de Valor e Desempenho permanente, relatórios mensais à SES/MS e Painel BI de Valor em Saúde, com visibilidade dos indicadores-chave de eficiência, qualidade, experiência e custo.

O Plano de Trabalho ainda indicou responsáveis de forma objetiva, incluindo a Diretoria de Governança Clínica, o Núcleo de Valor em Saúde da Organização Social, Diretoria Técnica, Coordenação de Governança Clínica, Núcleo de TI, Coordenação de Informação em Saúde, Comitê Gestor, Coordenação Médica, Enfermagem, Diretoria Financeira, SES/MS e Núcleo de Valor.

Portanto, a justificativa de que não teria sido apresentada proposta de implantação não se sustenta. A SBCD apresentou metodologia, objetivos, etapas, prazos, entregáveis, responsáveis, indicadores, metas, recursos tecnológicos, mecanismos de governança e instrumentos de sustentação operacional.

O fato de a proposta de Valor em Saúde estar articulada ao Sistema de Qualidade, à Acreditação ONA, ao DRG/P4P e aos painéis de BI não descaracteriza o atendimento ao edital. Ao contrário, demonstra maturidade técnica, pois um modelo de Valor em Saúde pressupõe integração entre qualidade assistencial, gestão de custos, desfechos clínicos, experiência do paciente, segurança, governança de dados e melhoria contínua.



A Comissão transformou a integração metodológica em fundamento para nota zero, quando tal integração deveria ser considerada elemento positivo da proposta. O edital não exigia que o modelo de Valor em Saúde fosse apresentado de forma isolada ou desconectada das demais estratégias institucionais; exigia proposta de implantação contendo responsáveis, prazos e recursos alocados, elementos que foram efetivamente apresentados.

Assim, a nota zero revela-se desproporcional, pois somente seria admissível diante da ausência total de proposta, o que não ocorreu. Eventual entendimento de que a apresentação poderia estar graficamente mais destacada ou segregada do cronograma ONA não autoriza a desconsideração integral do conteúdo técnico apresentado.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão dos 6,0 pontos previstos no edital. Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum elemento não alcança integralmente o grau de detalhamento esperado, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, considerando a existência de conteúdo técnico, cronograma, responsáveis, prazos, recursos, metas e indicadores.

Segue quadro para facilitar a análise do conteúdo apresentado pela SBCD:

Requisito do edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Atendimento
Proposta de implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde	Páginas 79 a 84	Apresentada metodologia baseada em DRG Brasil® e P4P, com diretriz de implantação e integração SIH/SIA/SUS.



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Requisito do edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Atendimento
Responsáveis	Páginas 82 a 83 e 411	Indicados Diretoria de Governança Clínica, Núcleo de Valor em Saúde, Diretoria Técnica, SES-MS, Coordenação de Governança Clínica, Núcleo de TI, Coordenação de Informação em Saúde, Comitê Gestor, Coordenação Médica, Enfermagem, Diretoria Financeira, Núcleo de Valor e Coordenação de Auditoria Médica/Faturamento.
Prazos	Páginas 80, 82, 83, 84, 406 e 411	Previsto cronograma de implantação em 12 meses, com etapas mensais e fases de meses 1 a 12.
Recursos alocados / sustentação operacional	Páginas 82, 83 e 142	Previstos plataforma DRG Brasil®, BI Valor Saúde, integração via API, ambiente seguro, consultoria técnica, educação continuada, suporte técnico, comitê permanente, relatórios mensais, software DRG/BI e capacitação.
Metas e indicadores	Páginas 80, 81, 84 e 407	Previstas metas de tempo médio de permanência, reinternação, eventos adversos, NPS, custo médio ajustado, codificação DRG, conformidade do perfil de internação e implantação de indicadores P4P.
Entregáveis e marcos	Páginas 80, 83 e 84	Comitê de Valor instalado, diagnóstico de base de dados, equipe capacitada, módulo DRG implantado, Escritório de Valor ativado, painéis BI, indicadores P4P e relatório de efetividade à SES/MS.



III.2. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

Apresentação dos seguintes Procedimentos Operacionais Padrão (POP)

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem referente à apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão – POPs, constante do Item A – Atividade, uma vez que a Comissão atribuiu nota zero aos 24 POPs sob a justificativa genérica de que não teriam sido “apresentados em conformidade com o modelo exigido no edital”.

A motivação apresentada é insuficiente, pois não indicou, individualmente, quais campos do Apêndice A teriam deixado de ser atendidos em cada POP, quais documentos foram analisados, quais conteúdos foram desconsiderados e por qual razão eventual divergência formal de nomenclatura, organização ou estrutura documental justificaria a supressão integral da pontuação.

Essa ausência de individualização viola o contraditório e a ampla defesa, pois impede que a SBCD conheça, de forma clara e objetiva, as supostas falhas atribuídas a cada procedimento apresentado. Também afronta os princípios da motivação adequada, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta.

Ressalta-se que a Decisão Singular Interlocutória DSI-GSP-476/2026 do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul vedou a manutenção de nota zero fundada em motivação genérica ou na desconsideração integral de documento existente, admitindo a atribuição de pontuação parcial nos casos de atendimento parcial do comando editalício.

Apesar disso, a Comissão atribuiu nota zero indistintamente aos 24 POPs, embora o Plano de Trabalho contenha documentos, protocolos, procedimentos, manuais e conteúdos técnico-operacionais diretamente relacionados aos temas exigidos pelo edital.



Dessa forma, a SBCD passa a indicar, de forma objetiva, a localização de cada POP ou conteúdo correspondente no Plano de Trabalho, demonstrando que a avaliação deveria ter considerado o atendimento material de cada item, com atribuição da pontuação integral ou, subsidiariamente, de pontuação parcial conforme o grau de aderência ao Apêndice A.

Nº	POP exigido no edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Documento/conteúdo apresentado
1	Atendimento de urgências clínicas	p. 524 a 537	Protocolo Clínico de Deterioração Clínica, com objetivo, alcance, escalas de avaliação, critérios de monitorização, acionamento de códigos, responsabilidades por categoria profissional e referências.
2	Atendimento à vítima de trauma	p. 538 a 547	Procedimento Operacional Padrão — Atendimento ao Paciente Vítima de Politrauma, com objetivo, alcance, critérios de trauma, avaliação primária, fluxos de atendimento e atribuições por categoria profissional.
3	Carro de urgência/emergência: conferência e testes	p. 647 e, de forma correlata, p. 548 a 554	Conteúdo relacionado ao carro de emergência dentro do Protocolo de Segurança da Cadeia Medicamentosa, especialmente quanto ao armazenamento de medicamentos de alta vigilância sob responsabilidade da enfermagem,



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Nº	POP exigido no edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Documento/conteúdo apresentado
			além do POP de RCP, que disciplina materiais e uso de DEA em situações críticas.
4	Reanimação cardiopulmonar adulto e pediátrica	p. 548 a 554	Procedimento Operacional Padrão — Reanimação Cardiopulmonar — RCP, com objetivo, alcance, competência, materiais, descrição da atividade, uso de DEA, observações, registros e referências.
5	Transporte intra e inter-hospitalar de paciente crítico e semicrítico	p. 527, 555 a 582 e p. 970 a 978	Conteúdo operacional de avaliação antes de transporte intra e extra-hospitalar no Protocolo de Deterioração Clínica, além de rotinas de transporte seguro no POP de Solicitação de Tomografia Computadorizada.
6	Avaliação de risco, estadiamento e tratamento de lesão por pressão	p. 328 a 332, 583 a 625	Conteúdo relativo à Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele, com diretrizes para prevenção, tratamento, curativos, redução de riscos de lesões cutâneas e utilização de programa de prevenção de lesão por pressão.
7	Higienização das mãos	p. 626 a 642	Protocolo de Higiene das Mãos — Recomendações para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Nº	POP exigido no edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Documento/conteúdo apresentado
			à Saúde, com objetivo, alcance, competência, técnica de higienização, ações educativas, riscos, indicadores e anexos.
8	Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	p. 643 a 664	Protocolo Meta 3 — Segurança da Cadeia Medicamentosa, abrangendo prescrição, dispensação, preparo, administração, medicamentos de alta vigilância, farmacovigilância, responsabilidades, ações corretivas, indicadores e referências.
9	Identificação do paciente	p. 649 e p. 654 a 658	Conteúdo inserido no Protocolo de Segurança da Cadeia Medicamentosa, com identificação completa do paciente na prescrição segura e verificação do “paciente certo” nos nove certos da administração de medicamentos.
10	Avaliação de risco e prevenção de quedas	p. 665 a 672	Procedimento Operacional Padrão — Protocolo de Prevenção de Quedas, com objetivo, executantes, definições, fatores predisponentes, materiais, medidas preventivas, classificação de risco, anexos e referências.



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Nº	POP exigido no edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Documento/conteúdo apresentado
11	Cirurgia segura, incluindo etapas antes da indução anestésica, antes do procedimento cirúrgico e antes da saída da sala cirúrgica	p. 132, 673 a 683, e p. 766 a 767	Conteúdo correlato sobre clínicas cirúrgicas, centro cirúrgico, CME, paramentação, preparo cirúrgico das mãos, técnica asséptica, campo estéril e aplicação de checklist em procedimentos invasivos.
12	Preparo para realização de exames laboratoriais, de imagem e procedimentos diagnósticos	p. 684 a 687 e p. 970 a 978	Procedimento Operacional Padrão de Coleta de Exames Laboratoriais de Rotina e Procedimento Operacional Padrão de Solicitação de Tomografia Computadorizada, incluindo preparo, solicitação, documentação, comunicação, transporte e segurança do paciente.
13	Segurança do paciente na UTI adulto	p. 524 a 537, p. 758 a 775 e p. 776 a 792, 698 a 703.	Conteúdo transversal de segurança do paciente crítico adulto, abrangendo deterioração clínica, prevenção de ITU associada a cateter vesical, prevenção de infecção primária da corrente sanguínea associada a CVC e prevenção de infecções respiratórias/PAV.
14	Internações para cirurgias eletivas	p. 132 e p. 198, 704 a 708.	Conteúdo do Regimento Interno e da organização assistencial relativo às clínicas cirúrgicas, realização de cirurgias eletivas, acompanhamento



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Nº	POP exigido no edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Documento/conteúdo apresentado
			e tratamento pós-operatório, além da estrutura de centro cirúrgico em funcionamento contínuo.
15	Acidente de trabalho com material biológico	p. 709 a 719	Procedimento Operacional Padrão — Manual de Biossegurança, com definições de material biológico, acidente de trabalho, prevenção de acidentes com perfurocortantes, comunicação de acidentes, atendimento imediato e condutas pós-exposição.
16	Processamento de materiais na Central de Material e Esterilização — CME	p. 106 a 107, 720 a 723.	Conteúdo específico sobre Materiais Esterilizados e Central de Material e Esterilização, incluindo processamento, limpeza, secagem, inspeção, montagem, embalagem, esterilização, armazenamento, distribuição, rastreabilidade, controle de qualidade e indicadores.
17	Implantação, manutenção e remoção de Cateter Central de Inserção Periférica — PICC	p. 724 a 736, 763 a 775	Procedimento Operacional Padrão de prevenção de infecção primária da corrente sanguínea associada a CVC, com menção expressa ao PICC, inserção, manutenção, curativos, estabilização, conectores, retirada e prevenção de complicações.



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Nº	POP exigido no edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Documento/conteúdo apresentado
18	Implantação, manutenção e remoção de acesso venoso central por cateter de curta permanência	p. 734 a 741, 763 a 775, especialmente p. 766 a 767	Procedimento Operacional Padrão de prevenção de infecção primária da corrente sanguínea associada a CVC, com item específico sobre cateteres vasculares centrais de curta permanência, inserção, checklist, escolha do sítio, paramentação, antissepsia e manutenção.
19	Terapia nutricional enteral adulto e pediátrico	p. 314 a 323, especialmente p. 319 a 321, 742 a 743.	Conteúdo da Comissão da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, com atribuições sobre TNE, prescrição dietética, preparo do paciente, manutenção da via, administração, registros, intercorrências e educação continuada.
20	Terapia nutricional parenteral adulto e pediátrico	p. 314 a 323, especialmente p. 321 a 322	Conteúdo da Comissão da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, com atribuições sobre TNP, recebimento, conservação, inspeção visual, administração, interação droga-nutriente, armazenamento, distribuição e acompanhamento multiprofissional.



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Nº	POP exigido no edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Documento/conteúdo apresentado
21	Prevenção das principais infecções relacionadas à assistência à saúde: sítio cirúrgico, PAV e ITU associada a cateter vesical de demora	p. 758 a 762, p. 763 a 775 e p. 776 a 792	POP de prevenção de ITU associada a cateter vesical, POP de prevenção de infecção primária da corrente sanguínea associada a CVC e POP de prevenção de infecções respiratórias/PAV, além de conteúdo correlato sobre centro cirúrgico e técnica asséptica.
22	Manejo de óbitos	p. 243 a 254, 961 a 965	Conteúdo da Comissão de Verificação/Revisão de Óbitos, com composição, atribuições, análise de óbitos, revisão de prontuários, qualidade das informações, sigilo, relatórios, educação permanente, cronograma e formulário de comissão de óbito.
23	Contenção mecânica do paciente no leito	p. 793 a 798	Procedimento Operacional Padrão — Contenção Mecânica, com objetivo, indicação, avaliação de risco, materiais, procedimento, monitoramento, registro em prontuário, reavaliação, ações corretivas, riscos e referências.
24	Processo de hemodiálise da terapia renal adulto: instalação, monitorização,	p. 770 a 773, 812 a 881.	Conteúdo correlato no POP de prevenção de infecção primária da corrente sanguínea associada a CVC,



Nº	POP exigido no edital	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Documento/conteúdo apresentado
	retirada da máquina e gestão de intercorrências		com item “Acessos para Hemodiálise”, cateteres venosos, selo, aspiração antes da sessão, conectores TEGO, fistula arteriovenosa e cuidados de segurança.

Como se observa, a SBCD não deixou de apresentar os conteúdos técnico-operacionais relacionados aos POPs exigidos e em conformidade com os requisitos solicitados no edital. Ao contrário, o Plano de Trabalho contém documentos específicos e conteúdos correlatos distribuídos em diversos pontos do volume apresentado, os quais deveriam ter sido analisados de forma substancial pela Comissão.

Ainda que a Comissão entendesse haver divergência **formal** quanto à nomenclatura, à ordem dos campos ou ao modelo gráfico do Apêndice A, tal circunstância não autorizaria a atribuição indistinta de nota zero a todos os 24 itens. A avaliação deveria considerar o conteúdo efetivamente apresentado, com atribuição de pontuação integral nos casos de correspondência direta e, subsidiariamente, pontuação parcial nos casos em que a Comissão entendesse existir atendimento parcial do comando editalício.

Dessa forma, requer-se que a Comissão reavalie a pontuação atribuída aos 24 POPs, considerando as páginas acima indicadas, afastando-se a conclusão genérica de “não apresentação em conformidade com o modelo exigido no edital”, uma vez que os documentos e conteúdos técnico-operacionais foram apresentados no Plano de Trabalho da SBCD e possuem correspondência material com os temas exigidos no instrumento convocatório.



III.3. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Proposta de regimento da comissão

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem referente à “Proposta de regimento da comissão” do Núcleo de Segurança do Paciente, para o qual o edital previa pontuação de 1,0 ponto, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de que teria sido apresentada proposta de regimento de “Comissão e Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos”.

A justificativa adotada revela contradição interna, pois a própria Comissão reconhece que houve apresentação de proposta de regimento, mas desconsidera integralmente o conteúdo em razão da nomenclatura e da estrutura integrada do documento. Assim, não se trata de ausência de apresentação, mas de glosa fundada em critério meramente formal.

A apresentação do regimento sob a denominação “Comissão e Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos” não descaracteriza o atendimento ao item editalício. Ao contrário, a integração entre Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos é tecnicamente adequada, pois o Núcleo de Segurança do Paciente atua justamente na identificação, análise, prevenção, tratamento, monitoramento e comunicação de riscos, incidentes e eventos adversos.

No Plano de Trabalho da SBCD, o tema foi apresentado de forma específica no item “9. Comissão NSP e Gerenciamento de Riscos”, situado nas páginas 304 a 313, contendo definição, objetivos, composição, frequência de reuniões, planos de ação, cronograma, natureza e finalidade, competências, estrutura operacional, atribuições dos integrantes, atribuições do gestor, regras de reunião, registro em ata, quórum e convocação de reuniões extraordinárias.

O documento possui conteúdo típico de regimento interno, pois estabelece a finalidade da instância, sua composição multiprofissional, suas competências, forma de funcionamento, periodicidade de reuniões, atribuições dos membros, regras de



deliberação, registro em ata, capacitação dos integrantes e diretrizes normativas, inclusive com fundamento na Portaria nº 529/2013 e na RDC ANVISA nº 36/2013.

Também foram previstas competências diretamente relacionadas ao Núcleo de Segurança do Paciente, tais como elaboração e atualização do Plano de Segurança do Paciente, implantação de protocolos, monitoramento de indicadores, análise de incidentes e eventos adversos, notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, capacitação de profissionais, estabelecimento de barreiras de prevenção e acompanhamento de ações corretivas.

Desse modo, **a nota zero revela excesso de formalismo e desconsideração do conteúdo material apresentado.** Eventual divergência de nomenclatura ou apresentação conjunta com o Gerenciamento de Riscos **não autoriza concluir pela inexistência da proposta de regimento**, especialmente quando o documento contém os elementos essenciais exigidos para funcionamento da comissão.

Além disso, a ausência de indicação objetiva de quais elementos do regimento teriam sido considerados insuficientes viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Conteúdo apresentado
Proposta de regimento da comissão — Núcleo	Páginas 304 a 313	Item “Comissão NSP e Gerenciamento de Riscos”, contendo definição, objetivos, membros componentes, frequência de reuniões, planos de ação, cronograma,



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Conteúdo apresentado
de Segurança do Paciente		natureza, finalidade, competências, nomeação, estrutura operacional, atribuições e regras de reunião.
Natureza e finalidade	Páginas 307 a 309	Previsão de promoção da cultura de segurança, implantação de políticas e documentos, melhoria da qualidade dos serviços e apoio às ações de segurança do paciente.
Composição	Página 305 e página 311	Equipe multiprofissional com enfermagem, medicina, farmácia, serviço social, segurança do trabalho, apoio administrativo e Direção Técnica.
Competências	Páginas 310 a 311	Gestão de riscos, articulação multiprofissional, Plano de Segurança do Paciente, protocolos, indicadores, notificações e análise de eventos adversos.
Estrutura operacional e atribuições	Páginas 312 a 313	Diretrizes, atribuições dos integrantes, atribuições do gestor, reuniões, atas, quórum e convocação extraordinária.
Cronograma e funcionamento	Páginas 305 a 306 e 313	Reuniões mensais, etapas de implantação, nomeação, capacitação, fluxo de notificação e implantação de protocolos de segurança.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao item “Proposta de regimento da comissão” do Núcleo de Segurança do Paciente, com a atribuição do 1,0 ponto previsto no edital, uma vez que a SBCD apresentou regimento interno materialmente compatível com o requisito exigido.



Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que a apresentação conjunta com o Gerenciamento de Riscos exigiria segregação formal em documento próprio, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de regimento, composição, competências, funcionamento, atribuições e regras de reunião impede a manutenção de nota zero.

Cronograma de atividade anual

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Cronograma de atividades anual” do Núcleo de Segurança do Paciente, para o qual o edital previa pontuação de 1,0 ponto, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de que teria sido apresentado cronograma anual da “Comissão e Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos”.

A justificativa adotada pela Comissão evidencia que o cronograma foi efetivamente apresentado. A nota zero, portanto, não decorreu da ausência de conteúdo, mas da opção técnico-organizacional da SBCD de estruturar o Núcleo de Segurança do Paciente de forma integrada ao Gerenciamento de Riscos, o que é compatível com a finalidade do Programa Nacional de Segurança do Paciente e com as boas práticas de governança da qualidade assistencial.

No Plano de Trabalho, o tema consta no item “Comissão NSP e Gerenciamento de Riscos”, nas páginas 304 a 313, com definição, objetivos, composição, frequência de reuniões, planos de ação, eixos prioritários, cronograma para o primeiro ano, integração com diretrizes do SUS, metas contratuais e regimento interno.

O cronograma anual foi expressamente apresentado nas páginas 305 a 306, contemplando etapas objetivas para o Ano I, incluindo elaboração do regimento interno, ato administrativo de nomeação, comunicação da comissão, elaboração do cronograma de reuniões mensais, capacitação dos membros, implantação do fluxo de notificação de



eventos, capacitação dos colaboradores sobre fluxo e tratativas de eventos adversos e implantação dos protocolos das metas de segurança.

Também foi prevista a realização de reuniões ordinárias mensais e extraordinárias sempre que necessário, com registro em ata e lista de presença, além da vinculação das atividades aos eixos prioritários do Núcleo de Segurança do Paciente, tais como implantação de protocolos, monitoramento de eventos adversos, educação permanente e gestão de indicadores.

Assim, não se trata de cronograma genérico, mas de planejamento funcional anual, com atividades de estruturação, implantação, capacitação, funcionamento regular e monitoramento da segurança do paciente.

A integração com o Gerenciamento de Riscos não descaracteriza o cronograma do Núcleo de Segurança do Paciente. Ao contrário, reforça sua pertinência técnica, pois o NSP atua justamente na identificação, notificação, análise, tratamento e prevenção de riscos, incidentes e eventos adversos. O edital não exigiu que o cronograma fosse apresentado em documento autônomo ou segregado, mas sim que houvesse cronograma anual de atividades, requisito materialmente atendido.

A atribuição de nota zero, portanto, revela excesso de formalismo e desconsideração do conteúdo efetivamente apresentado, violando os princípios da motivação adequada, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta.



Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Conteúdo apresentado
Cronograma de atividades anual do Núcleo de Segurança do Paciente	Páginas 305 a 306	Cronograma para o Ano I, com etapas de elaboração do regimento interno, ato administrativo de nomeação, comunicação da comissão, cronograma de reuniões mensais, capacitação dos membros, implantação do fluxo de notificação de eventos, capacitação dos colaboradores e implantação dos protocolos das metas de segurança.
Periodicidade de funcionamento	Página 305 e página 313	Previsão de reunião ordinária mensal e reuniões extraordinárias sempre que necessário, com registro em ata e lista de presença.
Eixos de atuação	Páginas 305 a 306	Implantação de protocolos de segurança do paciente, monitoramento de eventos adversos, educação permanente e gestão de indicadores.
Vinculação institucional	Páginas 306 a 307	Integração com diretrizes do SUS, metas contratuais, acreditação ONA, indicadores e controle pela Direção Médica.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao item “Cronograma de atividades anual” do Núcleo de Segurança do Paciente, com a atribuição da pontuação prevista no edital, uma vez que a SBCD apresentou cronograma compatível com o requisito exigido.



Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que a apresentação conjunta com o Gerenciamento de Riscos exigiria segregação formal em documento específico, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de cronograma anual, etapas de implantação, reuniões mensais, capacitações, fluxos de notificação e implantação de protocolos impede a manutenção da nota zero.

III.4. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

Proposta de Regimento da Comissão

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Proposta de regimento da comissão”, referente à Comissão de Gerenciamento de Riscos, para o qual o edital previa pontuação de 0,5 ponto, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de que teria sido apresentada proposta de regimento de “Comissão e Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos”.

A justificativa adotada não demonstra ausência de regimento. Ao contrário, evidencia que houve apresentação de proposta regimental, mas que o conteúdo foi desconsiderado em razão da nomenclatura integrada do documento. Ocorre que a apresentação conjunta com o Núcleo de Segurança do Paciente não elimina a Comissão de Gerenciamento de Riscos, nem impede a identificação de suas atribuições, competências, composição e regras de funcionamento.

No Plano de Trabalho da SBCD, o tema foi apresentado nas páginas 304 a 313, no item “Comissão NSP e Gerenciamento de Riscos”, contendo definição, objetivos, composição, frequência de reuniões, eixos prioritários de atuação, cronograma, natureza e finalidade, competências, estrutura operacional, atribuições dos integrantes, atribuições do gestor e regras de funcionamento da instância.

O documento apresentado possui conteúdo materialmente compatível com proposta de regimento da Comissão de Gerenciamento de Riscos, pois disciplina a atuação voltada à identificação, análise, avaliação, comunicação, tratamento e controle



de riscos, incidentes e eventos adversos, em conformidade com a lógica da gestão da qualidade assistencial e da segurança do paciente.

A proposta também prevê objetivos diretamente relacionados ao gerenciamento de riscos, como desenvolvimento da cultura de segurança, prevenção de riscos e redução de danos, implantação e monitoramento de protocolos, notificação e análise de eventos adversos, definição de indicadores assistenciais e atuação articulada com as demais comissões técnicas.

Quanto à composição, foram indicados representantes da enfermagem, medicina, farmácia, serviço social, segurança do trabalho, apoio administrativo e Direção Técnica, com coordenação por profissional da saúde com experiência em gestão da qualidade assistencial. Também houve previsão de reuniões ordinárias mensais e extraordinárias sempre que necessário, com regras de registro, quórum e funcionamento.

No campo das competências, o Plano prevê atribuições específicas de gestão de riscos, incluindo utilização de ferramentas de investigação, análise de incidentes e eventos adversos, identificação de não conformidades, proposição de ações preventivas e corretivas, implantação de barreiras de prevenção, capacitação de profissionais, notificação aos órgãos competentes e acompanhamento da efetividade das medidas adotadas.

Dessa forma, a nota zero configura excesso de formalismo, pois o edital exigia proposta de regimento da comissão, e a SBCD apresentou documento com natureza, finalidade, composição, competências, atribuições, funcionamento e regras de reunião. Eventual opção por estrutura integrada não equivale à ausência de documento, especialmente quando a própria Comissão reconheceu a existência da proposta regimental.

Além disso, a decisão não indicou quais elementos essenciais do regimento da Comissão de Gerenciamento de Riscos estariam ausentes, violando os princípios da



motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Conteúdo apresentado
Proposta de regimento da Comissão de Gerenciamento de Riscos	Páginas 304 a 313	Item “Comissão NSP e Gerenciamento de Riscos”, com definição, objetivos, composição, frequência de reuniões, eixos de atuação, natureza, finalidade, competências, estrutura operacional, atribuições e regras de funcionamento.
Natureza e finalidade	Páginas 304 e 307 a 309	Instância voltada à cultura de segurança, gestão da qualidade, vigilância ativa, melhoria contínua, identificação e controle de riscos.
Composição	Página 305 e página 311	Equipe multiprofissional com representantes da enfermagem, medicina, farmácia, serviço social, segurança do trabalho, apoio administrativo e Direção Técnica.
Competências de gerenciamento de riscos	Páginas 310 a 311	Ferramentas de gestão de risco, análise de incidentes, identificação de não conformidades, ações preventivas e corretivas, notificações, indicadores e acompanhamento das ações.



Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Conteúdo apresentado
Estrutura operacional e atribuições	Páginas 312 a 313	Diretrizes, atribuições dos integrantes, atribuições do gestor, reuniões mensais, atas, quórum e reuniões extraordinárias.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao item “Proposta de regimento da comissão” da Comissão de Gerenciamento de Riscos, com a atribuição dos 0,5 ponto previstos no edital, uma vez que a SBCD apresentou conteúdo regimental suficiente, compatível e materialmente aderente ao requisito avaliado.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que a apresentação conjunta com o Núcleo de Segurança do Paciente demandaria segregação formal em documento próprio, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de regimento, composição, competências, funcionamento, atribuições e regras de reunião impede a manutenção da nota zero.

Cronograma de atividade anual

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Cronograma de atividades anual”, referente à Comissão de Gerenciamento de Riscos, para o qual o edital previa pontuação de 0,5 ponto, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de que teria sido apresentado cronograma anual da “Comissão e Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos”.

A justificativa adotada não demonstra ausência de cronograma. Ao contrário, confirma que houve apresentação de cronograma anual, o qual foi desconsiderado apenas em razão da estrutura integrada do documento. Tal fundamento não autoriza a atribuição de nota zero, especialmente porque o Gerenciamento de Riscos, por sua própria natureza, atua de forma articulada com a segurança do paciente, a



prevenção de incidentes, a análise de eventos adversos e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

No Plano de Trabalho da SBCD, o cronograma consta no bloco “Comissão NSP e Gerenciamento de Riscos”, contemplando etapas objetivas para o Ano I, tais como elaboração do regimento interno, ato administrativo de nomeação, comunicação da comissão, definição do cronograma de reuniões mensais, capacitação dos membros, implantação do fluxo de notificação de eventos, capacitação dos colaboradores sobre tratativas de eventos adversos e implantação dos protocolos das metas de segurança.

O conteúdo apresentado possui aderência direta ao funcionamento da Comissão de Gerenciamento de Riscos, pois envolve atividades estruturantes de identificação, notificação, análise, tratamento, prevenção e monitoramento de riscos e eventos adversos. Além disso, foram previstas reuniões ordinárias mensais e extraordinárias sempre que necessário, com registro em ata, lista de presença e quórum mínimo, demonstrando regularidade de funcionamento e governança documental.

Assim, não se trata de cronograma genérico, mas de planejamento anual funcional, com ações de implantação, capacitação, comunicação institucional, fluxo de notificação, tratativa de eventos adversos, reuniões periódicas e monitoramento de riscos assistenciais. O edital exigia cronograma de atividades anual, e não documento autônomo ou segregado por nomenclatura específica.

A nota zero, portanto, configura excesso de formalismo e desconsideração do conteúdo material apresentado. Caso a Comissão entendesse que o cronograma deveria estar apartado do Núcleo de Segurança do Paciente, deveria, no máximo, atribuir pontuação parcial, jamais desconsiderar integralmente documento existente e diretamente relacionado ao requisito avaliado.

Além disso, a ausência de indicação objetiva dos elementos supostamente insuficientes viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla



defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho da SBCD	Conteúdo apresentado
Cronograma de atividades anual da Comissão de Gerenciamento de Riscos	Páginas 305 a 306	Cronograma para o Ano I, com elaboração do regimento interno, ato de nomeação, comunicação da comissão, cronograma de reuniões mensais, capacitação dos membros, implantação do fluxo de notificação de eventos, capacitação dos colaboradores e implantação dos protocolos das metas de segurança.
Periodicidade de reuniões	Páginas 305 e 313	Previsão de reunião ordinária mensal, reuniões extraordinárias quando necessárias, registro em ata, lista de presença e quórum mínimo.
Atividades de gerenciamento de riscos	Páginas 305 a 306 e 310 a 313	Monitoramento de eventos adversos, implantação de fluxo de notificação, análise de incidentes, gestão de indicadores, capacitação e ações preventivas e corretivas.
Vinculação à segurança e qualidade assistencial	Páginas 304 a 307	Integração com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, cultura de segurança, gestão de indicadores, metas contratuais e qualificação dos processos.



Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao item “Cronograma de atividades anual” da Comissão de Gerenciamento de Riscos, com a atribuição dos 0,5 pontos previstos no edital, uma vez que a SBCD apresentou cronograma anual materialmente aderente ao requisito avaliado.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que a apresentação conjunta com o Núcleo de Segurança do Paciente exigiria segregação formal em documento autônomo, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de cronograma anual, etapas de implantação, reuniões mensais, capacitações, fluxo de notificação e implantação de protocolos impede a manutenção da nota zero.

III.5. COMITÊ TRANSFUSIONAL

A SBCD impugna a pontuação atribuída aos subitens referentes ao Comitê Transfusional, consistentes na “Proposta de regimento da comissão” e no “Cronograma de atividades anual”, ambos avaliados com nota 0,0 sob a justificativa de que não teriam sido apresentados.

Embora o Plano de Trabalho não tenha adotado tópico autônomo com a nomenclatura literal “Comitê Transfusional”, houve apresentação de conteúdo técnico relacionado à hemoterapia, Agência Transfusional, segurança transfusional, gerenciamento de riscos e governança assistencial, o que impede a conclusão de ausência absoluta de abordagem sobre o tema.

No Regimento Interno Hospitalar, a SBCD inseriu expressamente a hemoterapia/agência transfusional na área assistencial do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, conforme página 131, bem como previu a Agência Transfusional como serviço sujeito à legislação específica, conforme página 133. Tais previsões demonstram que o serviço transfusional foi contemplado na estrutura funcional da unidade.



Além disso, nas páginas 304 a 313, o Plano de Trabalho apresentou o item “Comissão NSP e Gerenciamento de Riscos”, com definição, objetivos, composição, frequência de reuniões, planos de ação, cronograma, competências, atribuições, regras de funcionamento e mecanismos de monitoramento de eventos adversos. Esse conteúdo possui pertinência direta com a segurança transfusional, especialmente porque o próprio documento trata de eventos relacionados a produtos biológicos, hemoderivados, sangue e hemocomponentes, conforme página 309.

Quanto ao cronograma de atividades, o Plano apresenta, nas páginas 305 a 306, etapas de implantação e funcionamento da instância de segurança e riscos, incluindo elaboração de regimento interno, ato de nomeação, comunicação da comissão, reuniões mensais, capacitação dos membros, implantação de fluxo de notificação de eventos, capacitação dos colaboradores sobre tratativas de eventos adversos e implantação dos protocolos das metas de segurança. Embora apresentado no bloco de segurança do paciente e gerenciamento de riscos, esse planejamento possui aplicação direta à governança transfusional, por envolver notificação, análise, prevenção e tratamento de eventos adversos.

Dessa forma, a nota zero revela excesso de formalismo, pois a Comissão equiparou a ausência de tópico autônomo à ausência total de conteúdo, desconsiderando elementos materiais constantes do Plano de Trabalho. Ainda que se entenda que não houve apresentação integral de regimento e cronograma próprios do Comitê Transfusional, os conteúdos relacionados à hemoterapia, Agência Transfusional, legislação específica, segurança do paciente, eventos adversos e gerenciamento de riscos deveriam ter sido avaliados para fins de pontuação parcial.

A decisão também viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta, pois não indica quais elementos mínimos do regimento ou do cronograma anual foram



considerados ausentes, nem esclarece por que os conteúdos apresentados não foram aproveitados sequer parcialmente.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Proposta de regimento do Comitê Transfusional	Páginas 131 e 133	Previsão da hemoterapia/agência transfusional como área assistencial e da Agência Transfusional como serviço sujeito à legislação específica.
Estrutura técnico-assistencial relacionada à hemoterapia	Página 131	Inserção da hemoterapia/agência transfusional na estrutura assistencial do hospital.
Segurança transfusional e gerenciamento de riscos	Páginas 304 a 313, especialmente página 309	Previsão de governança de segurança do paciente e gerenciamento de riscos, com abordagem de eventos adversos relacionados a hemoderivados, sangue e hemocomponentes.
Cronograma de atividades correlato	Páginas 305 a 306	Etapas de implantação, reuniões mensais, capacitação, fluxo de notificação de eventos, tratativas de eventos adversos e implantação de protocolos de segurança.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída aos subitens “Proposta de regimento da comissão – 0,5 pontos” e “Cronograma de atividades anual – 0,5 pontos” do Comitê Transfusional, com atribuição da pontuação cabível.



Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que a ausência de tópico autônomo denominado “Comitê Transfusional” impede a pontuação integral, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, considerando que o Plano de Trabalho apresentou elementos materiais relacionados à hemoterapia, Agência Transfusional, segurança transfusional, gerenciamento de riscos, eventos adversos e cronograma institucional aplicável à governança da qualidade assistencial.

III.6. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA, DE ENFERMAGEM E MULTIDISCIPLINAR

A SBCD impugna a pontuação atribuída aos subitens referentes à Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar, consistentes na “Proposta de regimento da comissão” e no “Cronograma de atividades anual”, para os quais o edital previa 1,5 ponto para cada item, tendo a Comissão atribuído apenas 1,0 ponto em cada subitem sob a justificativa de que “não foi apresentada a Comissão de Ética Multidisciplinar”.

A pontuação atribuída merece revisão, pois o Plano de Trabalho apresentou conteúdo material suficiente sobre a estrutura ética da unidade, incluindo Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem, funcionamento integrado das comissões institucionais, atuação transversal, composição multiprofissional, interface com qualidade e segurança do paciente, regimentos, competências, cronogramas, reuniões mensais, indicadores e ações educativas.

Na página 131, o Regimento Interno do Hospital prevê expressamente a existência das Comissões de Ética no âmbito do HRDJSN, incluindo Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem, Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional e outras previstas em lei, estabelecendo que compete às comissões assessorar a Diretoria, fiscalizar o exercício ético-profissional, zelar pela conformidade legal, instaurar processos internos quando cabível e promover educação permanente.



Nas páginas 255 a 260, o Plano apresenta a Comissão de Ética Médica, com definição, composição, objetivos, atribuições, frequência de reuniões, cronograma de implantação para o primeiro ano e proposta de regimento interno, prevendo atuação fiscalizatória, educativa, sindicante e opinativa, comunicação com o Conselho Regional de Medicina, instauração de sindicâncias, relatórios, orientação ética e reuniões ordinárias mensais.

Nas páginas 267 a 272, foi apresentada a Comissão de Ética de Enfermagem, com definição, finalidade, composição, funcionamento, atribuições, integração com qualidade e segurança, indicadores, objetivos para o primeiro ano, cronograma operacional e proposta de regimento interno, incluindo reuniões mensais, registros em ata, indicadores e programa de melhoria contínua.

Além disso, nas páginas 228 a 230, o Plano prevê que as comissões e núcleos atuarão de forma transversal e articulada, com composição multiprofissional, podendo contar com representantes de outras instâncias para assegurar coerência institucional, agilidade decisória, monitoramento de riscos assistenciais, revisão de condutas, fortalecimento da ética profissional e qualificação contínua das equipes.

Assim, ainda que a Comissão tenha entendido não haver tópico autônomo com a nomenclatura literal “Comissão de Ética Multidisciplinar”, não poderia desconsiderar a existência de conteúdo material relacionado à atuação ética integrada, multiprofissional e transversal das comissões institucionais. O edital não exigiu, de forma expressa, que a comissão fosse apresentada em documento único e apartado, sendo suficiente a demonstração do regimento, funcionamento, cronograma e atuação ética no âmbito médico, de enfermagem e multiprofissional.

A glosa parcial, portanto, revela excesso de formalismo e desconsideração de conteúdo efetivamente apresentado, violando os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta.



Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Comissão de Ética Médica	Páginas 255 a 260	Definição, composição, objetivos, atribuições, frequência, cronograma de implantação, reuniões mensais e proposta de regimento interno.
Comissão de Ética de Enfermagem	Páginas 267 a 272	Definição, finalidade, composição, funcionamento, atribuições, integração com qualidade e segurança, indicadores, cronograma e regimento interno.
Atuação ética multiprofissional/transversal	Páginas 131 e 228 a 230	Previsão de comissões institucionais, atuação transversal, composição multiprofissional, integração entre comissões, revisão de condutas, ética profissional e educação permanente.
Cronograma de atividades	Páginas 258, 269 e 270	Etapas de implantação, elaboração de regimento, ato de nomeação, comunicação da composição, reuniões mensais, capacitações, indicadores e integração com qualidade e segurança.
Funcionamento e controle	Páginas 258 a 260 e 270 a 272	Reuniões ordinárias mensais, reuniões extraordinárias quando necessárias, registros em ata, sigilo, indicadores, programa de melhoria e controle institucional.



Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída aos subitens “Proposta de regimento da comissão” e “Cronograma de atividades anual” da Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar, com a concessão dos 0,5 ponto remanescentes em cada subitem, totalizando a pontuação integral prevista no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que a ausência de tópico autônomo denominado “Comissão de Ética Multidisciplinar” impede a pontuação integral, requer-se a atribuição de pontuação parcial complementar, com motivação técnica individualizada, considerando que o Plano de Trabalho apresentou regimentos, cronogramas, composição, funcionamento, atribuições, indicadores e atuação ética integrada, transversal e multiprofissional.

III.7. QUALIDADE DO ATENDIMENTO/ACOLHIMENTO

Manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares;

Protocolo de classificação de risco e protocolos clínicos assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital;

Implementação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Qualidade do Atendimento/Acolhimento”, para o qual o edital previa pontuação máxima de 4,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de que não teria sido apresentado Protocolo de Classificação de Risco nem respectivo processo de implementação.

A conclusão adotada não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. A proposta contém elementos específicos sobre acolhimento, recepção, orientação aos usuários e familiares, apoio psicossocial, classificação de risco, fluxos assistenciais, protocolos clínico-operacionais e capacitação das equipes.



Nas páginas 334 a 339, o Plano apresenta seção própria denominada “Acolhimento e Recepção”, com diretrizes voltadas à escuta qualificada, vínculo, humanização do atendimento, comunicação não violenta, apoio emocional, atuação ética, empática e resolutiva da equipe perante os usuários do serviço de saúde.

Nas páginas 340 a 344, consta o item “Orientações e Visitas”, que disciplina normas para visitantes e acompanhantes, controle de acesso, direitos e deveres dos acompanhantes, comunicação com familiares, apoio do Serviço Social e da Psicologia em situações de luto, óbito ou longas internações, além de revisão periódica dos fluxos pelo Núcleo de Segurança do Paciente e pela Diretoria Técnica.

Também há previsão expressa de acolhimento com classificação de risco. Na página 101, o fluxo de pacientes estabelece que a admissão compreenderá “acolhimento, classificação de risco e encaminhamento conforme complexidade”. Nas páginas 133 e 134, o Regimento Interno prevê atendimento prioritário por classificação de risco, recepção, triagem por risco, acompanhantes e atuação da Assistência Social em intercorrências envolvendo usuários e familiares.

Além disso, na página 226, consta a relação dos 24 Protocolos Operacionais Padrão do HRDJSN, incluindo expressamente o POP de “Acolhimento e classificação de risco”, além de protocolos de admissão, alta e transferência de pacientes, transporte intra e inter-hospitalar, segurança do paciente, atendimento a pacientes sob isolamento e demais rotinas compatíveis com o perfil assistencial do hospital.

A implementação do processo também foi contemplada. Na página 394, o Plano prevê ciclo temático específico sobre “Acolhimento e Classificação de Risco”, com estudo de caso e oficina prática. Nas páginas 397 e 398, há previsão de plano de capacitação em classificação de risco, protocolos clínicos atualizados, fluxos assistenciais, humanização no atendimento, regulação do acesso e segurança do paciente, bem como indicadores de acesso, incluindo tempo médio de espera e proporção de pacientes classificados em até 10 minutos.



Portanto, a proposta não se limitou a menções genéricas. Foram apresentados fluxo, regimento, orientações aos usuários e familiares, apoio psicossocial, POP de acolhimento e classificação de risco, protocolos assistenciais, capacitação das equipes e indicadores de monitoramento.

A atribuição de nota zero configura desconsideração do conteúdo material apresentado e viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta. A Comissão não indicou quais elementos específicos estariam ausentes, nem justificou por que os documentos apresentados não foram considerados sequer para pontuação parcial.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Manual com formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial	Páginas 334 a 344	Acolhimento e recepção, escuta qualificada, humanização, comunicação com familiares, normas para visitas e acompanhantes, apoio do Serviço Social e da Psicologia.
Processo de acolhimento com classificação de risco	Páginas 101, 133 e 134	Fluxo de admissão com acolhimento, classificação de risco e encaminhamento conforme complexidade; regimento com recepção, triagem por risco e prioridade em caso de risco iminente.
Protocolo de classificação de risco e protocolos assistenciais	Página 226	Relação dos POPs do HRDJSN, incluindo “Acolhimento e classificação de risco” e



		demais protocolos assistenciais compatíveis com o perfil do hospital.
Implementação e capacitação das equipes	Páginas 394, 397 e 398	Ciclo temático sobre acolhimento e classificação de risco, oficinas práticas, capacitação em fluxos assistenciais, protocolos clínicos, humanização, regulação do acesso e segurança do paciente.
Indicadores de monitoramento	Página 398	Tempo médio de espera, proporção de pacientes classificados em até 10 minutos, adesão a protocolos clínicos e indicadores de qualidade do cuidado.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem “Qualidade do Atendimento/Acolhimento”, com a atribuição dos 4,0 pontos previstos no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum elemento não alcança integralmente o grau de detalhamento esperado, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de fluxos, regimento, POP, protocolos assistenciais, orientação a familiares, apoio psicossocial, capacitação e indicadores impede a manutenção da nota zero.

III.8. ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL

Apresentação de organograma indicando os profissionais que ocuparão os dois primeiros níveis, com as suas devidas qualificações e a definição das competências de cada cargo.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Estrutura Diretiva do Hospital”, para o qual o edital previa pontuação máxima de 2,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de que a entidade “não apresentou o organograma do hospital até o terceiro nível”.



A conclusão adotada pela Comissão não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. Nas páginas 64 a 66, consta seção específica denominada “1.2 Modelo de Gestão, Organograma e Governança”, na qual a SBCD apresentou o modelo de gestão hospitalar, a estrutura organizacional, a cadeia de comando e o “Organograma Institucional – até o 3º nível hierárquico”.

O organograma apresentado contempla o Nível 1 – Direção Estratégica, com Conselho de Administração e Fiscal e Diretoria Executiva Nacional; o Nível 2 – Direção Operacional da Unidade Hospitalar, com Superintendência Hospitalar/Diretor Geral da Unidade e gerências vinculadas; e o Nível 3 – Núcleos e Coordenações Técnicas, incluindo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, Núcleo de Educação Permanente, Núcleo Interno de Regulação, SCIH, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Ética Médica e Enfermagem, Comissão de Revisão de Prontuários e Óbitos, CIPA, Assessoria de Comunicação e Ouvidoria Hospitalar.

Assim, a justificativa utilizada para a nota zero incorre em erro material, pois afirma a ausência de organograma até o terceiro nível, embora esse conteúdo conste expressamente no Plano de Trabalho.

Além disso, na página 414, a SBCD indicou os profissionais que comporiam a Estrutura Diretiva da unidade, especialmente o **Diretor Geral, Dr. Mário Sapede Neto, CRM nº 170.020-SP**, e o **Diretor Técnico, Dr. Brás Henrique Dringoli Vieira Alves, CRM nº 176.768-SP**, informando que os documentos comprobatórios de experiência estavam anexados ao Plano de Trabalho.

Nas páginas 459 a 460, foi apresentada Declaração da Estrutura Diretiva, com indicação nominal dos profissionais, cargos, experiência e atribuições funcionais, incluindo Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Administrativo e Diretor de Enfermagem. O documento descreve as competências de cada função, abrangendo coordenação técnico-assistencial, gestão administrativa, supervisão de equipes, controle



de qualidade, cumprimento de normas técnicas e legais, monitoramento de indicadores, capacitação e organização dos serviços.

Portanto, o requisito editalício foi materialmente atendido. A SBCD apresentou organograma, níveis hierárquicos, cadeia de comando, profissionais indicados, qualificações e competências dos cargos. Eventual distribuição das informações em mais de uma seção do Plano de Trabalho ou em anexos próprios não autoriza a desconsideração integral do conteúdo apresentado.

A atribuição de nota zero viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta, pois a Comissão não indicou qual elemento essencial estaria ausente, limitando-se a fundamento incompatível com o próprio conteúdo apresentado.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Organograma da estrutura diretiva	Páginas 64 a 66	Modelo de gestão, cadeia de comando e organograma institucional até o 3º nível hierárquico.
Níveis hierárquicos	Páginas 65 a 66	Nível 1 – Direção Estratégica; Nível 2 – Direção Operacional da Unidade Hospitalar; Nível 3 – Núcleos e Coordenações Técnicas.
Profissionais indicados	Página 414 e páginas 459 a 460	Indicação do Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Administrativo e Diretor de Enfermagem.



Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Qualificações profissionais	Página 414 e páginas 459 a 460	Indicação nominal dos profissionais, registros profissionais, experiência e documentos comprobatórios anexados.
Competências dos cargos	Páginas 459 a 460	Descrição das atribuições do Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Administrativo e Diretor de Enfermagem.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem “Estrutura Diretiva do Hospital”, com a atribuição dos 2,0 pontos previstos no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum elemento deveria estar concentrado em quadro único ou em formato diverso, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de organograma, cadeia de comando, profissionais indicados, qualificações e competências impede a manutenção da nota zero.

III.9. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

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

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Normas e funcionamento da Administração Geral do Hospital e do Núcleo Interno de Regulação”, para o qual o edital previa pontuação de 1,0 ponto, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de “não apresentou”.

A conclusão adotada não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. Nas páginas 131 e 132, o Regimento Interno do Hospital apresenta a estrutura administrativa, assistencial e de apoio da unidade,



indicando expressamente setores como manutenção, compras, licitações, transporte e segurança, finanças, contabilidade, tesouraria, suprimentos, TI, SAME, patrimônio, escuta ao cidadão/ouvidoria, saúde do trabalhador, gerência operacional, RH, qualidade, atendimento e humanização, NIR, farmácia/almoxarifado, faturamento, engenharia clínica, lavanderia, higienização e CME/esterilização.

Além disso, na página 66, o Núcleo Interno de Regulação – NIR consta expressamente como integrante do 3º nível hierárquico da estrutura organizacional, inserido entre os núcleos e coordenações técnicas da unidade hospitalar.

O funcionamento operacional do NIR também foi descrito na página 101, onde consta que o fluxo de pacientes será coordenado pelo Núcleo Interno de Regulação, responsável pelo gerenciamento dos leitos e da mobilidade assistencial, com operação por sistema informatizado, monitoramento em tempo real de entrada, transferência e alta dos pacientes e integração com a regulação estadual.

A mesma página apresenta as rotinas vinculadas ao fluxo assistencial, contemplando admissão, acolhimento, classificação de risco, encaminhamento conforme complexidade, internação, transferência, alta, orientação e entrega de documentação. Já nas páginas 134 e 135, o Regimento Interno reforça normas de recepção, triagem, controle de acesso, escuta ao cidadão/ouvidoria, assistência social, gestão de RH e possibilidade de escalas/plantões conforme as necessidades assistenciais e de apoio.

Portanto, houve apresentação de estrutura, normas, rotinas e funcionamento tanto da Administração Geral quanto do Núcleo Interno de Regulação. Eventual distribuição dessas informações em capítulos distintos do Plano de Trabalho não autoriza a atribuição de nota zero, pois o julgamento deve observar o conteúdo material da proposta, e não apenas sua localização topográfica.

A nota zero viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da



vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta, especialmente porque a Comissão não indicou quais elementos específicos estariam ausentes ou insuficientes.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Administração Geral do Hospital	Páginas 131 a 132	Estrutura administrativa, assistencial e de apoio, com indicação dos setores administrativos, operacionais, financeiros, logísticos, tecnológicos e de apoio à assistência.
Núcleo Interno de Regulação – NIR	Páginas 66 e 101	Inserção do NIR na estrutura organizacional e descrição de sua atuação no gerenciamento de leitos, mobilidade assistencial, entradas, transferências, altas e integração com a regulação estadual.
Rotinas e funcionamento	Páginas 101, 134 e 135	Fluxos de admissão, classificação de risco, internação, alta, orientação, entrega de documentação, recepção, triagem, controle de acesso, ouvidoria, assistência social e organização por escalas/plantões.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão do 1,0 ponto previsto no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum elemento, como horário, equipe mínima ou qualificação profissional, deveria estar mais detalhado em quadro único, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de estrutura administrativa, NIR, rotinas, fluxos,



integração com a regulação e funcionamento operacional impede a manutenção da nota zero.

Normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica, preventiva e corretiva.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica”, para o qual o edital previa pontuação de 2,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de “não apresentou”.

O Plano de Trabalho, contudo, apresenta conteúdo específico nas páginas 200 a 203, sob o título “Manual de Manutenção, Operação e Controle – MOC”, cuja finalidade é estabelecer diretrizes, normas e procedimentos técnicos voltados à manutenção preventiva, corretiva e preditiva das instalações, equipamentos e sistemas do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. O manual expressamente prevê a manutenção de sistemas prediais, hospitalares e de apoio, visando assegurar funcionamento seguro, contínuo e eficiente, com confiabilidade técnica e conformidade normativa.

O mesmo manual define a abrangência do serviço de manutenção, incluindo sistemas elétricos e de energia de emergência, geradores e no-breaks, sistemas hidráulicos e sanitários, ar-condicionado e ventilação, gases medicinais, combate a incêndio, infraestrutura predial, telhados, pisos, redes, fachadas, elevadores, caldeiras, autoclaves, compressores, áreas externas, jardinagem e iluminação pública interna. Também apresenta estrutura organizacional vinculada à Gerência Administrativa e Financeira, com hierarquia funcional composta por Gerente Administrativo, Coordenador de Manutenção, Técnicos de Manutenção, Operadores e Auxiliares.

Além disso, o Plano descreve os tipos de manutenção preventiva, corretiva e preditiva, bem como planejamento, cronograma anual, ordens de serviço, registros, relatórios mensais, programas de monitoramento e normas de segurança. Também prevê



controle de energia elétrica, inspeção de quadros, cabos, geradores e no-breaks, controle de água, limpeza e desinfecção de caixas d'água, monitoramento de cloro residual e pH, controle de ar-condicionado, gases medicinais e combate a incêndio.

Portanto, não procede a afirmação de ausência de apresentação. O Plano contém normas, estrutura, rotinas, planejamento, registros, cronograma, indicadores e procedimentos de manutenção predial, elétrica e hidráulica, preventiva e corretiva.

Dessa forma, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão dos 2,0 pontos previstos no edital.

Subsidiariamente, caso se entenda que o conteúdo apresentado não alcança integralmente o grau de detalhamento esperado, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de manual próprio de manutenção impede a manutenção da nota zero.

Normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalares, preventiva e corretiva.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalares, preventiva e corretiva”, para o qual o edital previa pontuação de 2,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de “não apresentou”.

A conclusão adotada não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. Nas páginas 200 a 203, consta o “Manual de Manutenção, Operação e Controle – MOC”, elaborado para estabelecer diretrizes, normas e procedimentos técnicos voltados à manutenção preventiva, corretiva e preditiva das instalações, equipamentos e sistemas do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

O manual abrange expressamente sistemas hospitalares e de apoio, com finalidade de assegurar funcionamento seguro, contínuo e eficiente, confiabilidade



técnica, conformidade normativa, redução de riscos operacionais e suporte às atividades assistenciais.

No tocante aos equipamentos e sistemas hospitalares, o Plano prevê manutenção de geradores, no-breaks, sistemas de gases medicinais, autoclaves, compressores, caldeiras, elevadores, sistemas de climatização e ventilação, equipamentos e sistemas de apoio assistencial, além de prever interface com engenharia clínica e profissionais especializados para suporte técnico.

Quanto à organização do serviço, o Plano indica vinculação à Gerência Administrativa e Financeira, com hierarquia composta por Gerente Administrativo, Coordenador de Manutenção, Técnicos de Manutenção, Operadores e Auxiliares, admitindo profissionais especializados nas áreas elétrica, hidráulica, refrigeração, marcenaria, serralheria e engenharia clínica.

O conteúdo também disciplina manutenção preventiva, corretiva e preditiva, cronograma anual com revisões periódicas, registro das atividades em Ordem de Serviço, relatório mensal de manutenção, programas de monitoramento, normas de segurança, indicadores e auditoria.

Portanto, não procede a afirmação de ausência de apresentação. O Plano contém manual próprio, normas, estrutura, abrangência, rotinas, planejamento, registros, cronograma, indicadores e procedimentos aplicáveis à manutenção preventiva e corretiva de equipamentos hospitalares e sistemas de apoio assistencial.

A nota zero viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta, pois desconsidera conteúdo técnico expressamente apresentado nas páginas 200 a 203.



Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Normas de manutenção de equipamentos hospitalares	Páginas 200 a 203	Manual de Manutenção, Operação e Controle – MOC, com diretrizes, normas e procedimentos técnicos aplicáveis a equipamentos, sistemas hospitalares e sistemas de apoio.
Abrangência do serviço	Página 201	Geradores, no-breaks, gases medicinais, autoclaves, compressores, caldeiras, elevadores, climatização, ventilação e sistemas de apoio assistencial.
Estrutura técnica responsável	Páginas 201 a 202	Gerente Administrativo, Coordenador de Manutenção, Técnicos, Operadores, Auxiliares e profissionais especializados, inclusive com interface de engenharia clínica.
Manutenção preventiva, corretiva e preditiva	Página 202	Definição dos tipos de manutenção, cronograma anual, revisões periódicas e critérios de planejamento.
Registros, relatórios e indicadores	Páginas 202 a 203	Ordem de Serviço, relatório mensal, monitoramento, indicadores, auditoria e controle de desempenho.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão dos 2,0 pontos previstos no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum elemento deveria ter sido apresentado em formato diverso ou em manual apartado de engenharia clínica,



requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de manual próprio, normas, estrutura, rotinas, registros, cronograma e indicadores impede a manutenção da nota zero.

Normas para realização dos procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais hospitalares, medicamentos e correlatos, assim como recebimento, guarda e distribuição/dispensação para os setores.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Normas para realização dos procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais hospitalares, medicamentos e correlatos, assim como recebimento, guarda e distribuição/dispensação para os setores”, para o qual o edital previa pontuação de 3,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de “não apresentou”.

A conclusão adotada não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. Nas páginas 135 a 139, consta o Manual de Logística de Suprimentos, que estabelece diretrizes técnicas, administrativas e operacionais para a gestão da cadeia de suprimentos, abrangendo planejamento, aquisição, recebimento, armazenagem, controle e distribuição de medicamentos, materiais médico-hospitalares, insumos laboratoriais, odontológicos e administrativos.

O referido manual também define a estrutura de gestão de suprimentos, vinculada à Direção Administrativa e Financeira, composta por Setor de Compras e Licitações, Almoxarifado Central, Farmácia Hospitalar, Gestão de Patrimônio e Controle de Bens e Núcleo de Planejamento e Qualidade.

Quanto ao processo de aquisição, o Plano prevê solicitação eletrônica, cotação mínima de três propostas válidas, justificativa técnica para exceções, aprovação, emissão de pedido, recebimento, conferência e registro eletrônico. Também prevê controle informatizado de estoques, rastreabilidade por lote, validade e consumo médio, método FIFO, inventário periódico, armazenagem por categoria e criticidade, distribuição interna mediante requisição eletrônica e controle de devoluções e perdas.



Além disso, nas páginas 156 a 160, consta o Manual de Rotinas de Almoxarifado e Patrimônio, que regulamenta recebimento, estocagem, controle e distribuição de materiais, define conceitos de recebimento, aceitação, distribuição, inventário, termo de responsabilidade, número de lote e guia de remessa, além de prever registro de entradas e saídas, emissão de relatórios, requisição formal para distribuição e rastreabilidade de bens patrimoniais.

O Plano também apresenta, nas páginas 176 a 180, o Regulamento de Compras e de Contratação de Serviços e Obras, aplicável às compras e contratações realizadas com recursos públicos. O documento define compra como aquisição de bens permanentes, bens de consumo, materiais, medicamentos e materiais médico-hospitalares, além de estabelecer etapas como requisição, seleção de fornecedores qualificados, cotações, propostas, apuração da melhor oferta, emissão de ordem de compra e follow-up.

Portanto, foram apresentados procedimentos de aquisição, recebimento, guarda, controle, distribuição e dispensação de equipamentos, materiais hospitalares, medicamentos e correlatos. A atribuição de nota zero desconsidera conteúdo técnico expressamente constante do Plano de Trabalho.

A nota zero viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta, pois a Comissão não indicou quais elementos específicos estariam ausentes e ignorou manuais e regulamentos próprios apresentados pela SBCD.



Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Normas de aquisição de equipamentos, materiais, medicamentos e correlatos	Páginas 135 a 139 e 176 a 180	Manual de Logística de Suprimentos e Regulamento de Compras, com diretrizes, etapas de aquisição, cotação, seleção de fornecedores, aprovação, emissão de pedido e follow-up.
Recebimento, guarda e armazenagem	Páginas 135 a 139 e 156 a 160	Recebimento, conferência física e documental, registro eletrônico, armazenagem por categoria e criticidade, controle informatizado e rastreabilidade.
Distribuição/dispensação para os setores	Páginas 138 a 139 e 157 a 160	Distribuição interna mediante requisição eletrônica/formal, controle de saídas, destino, setor requisitante, assinatura, inventário e relatórios de movimentação.
Controle, rastreabilidade e monitoramento	Páginas 138 a 139 e 158 a 160	Rastreabilidade por lote, validade, consumo médio, método FIFO/PEPS, inventário periódico, indicadores, auditorias, relatórios e controle de devoluções e perdas.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão dos 3,0 pontos previstos no edital.



Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum elemento deveria ter sido apresentado em formato diverso, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de manual de logística, manual de almoxarifado, regulamento de compras, fluxos de aquisição, recebimento, guarda, distribuição, rastreabilidade e controle impede a manutenção da nota zero.

Critérios de contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Critérios de contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição”, para o qual o edital previa pontuação de 2,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de “não apresentou”.

A conclusão adotada não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. Nas páginas 131 e 132, o Regimento Interno do Hospital prevê a estrutura administrativa, assistencial e de apoio da unidade, incluindo transporte e segurança, nutrição e dietética, lavanderia, higienização, suprimentos, compras, licitações, farmácia/almoxarifado, engenharia clínica e demais serviços de suporte.

Além disso, nas páginas 167 e 168, o Plano apresenta proposta de implantação de centros de custos, identificando expressamente áreas como administração, infraestrutura, segurança, suprimentos, engenharia e manutenção, apoio geral, lavanderia, limpeza, rouparia, costura e nutrição. Essa segmentação demonstra que os serviços foram estruturados por natureza funcional, permitindo controle, fiscalização, dimensionamento, apuração de custos e definição da forma de execução, seja por equipe própria, seja por contratação de terceiros.

Quanto aos critérios de contratação, o Regulamento de Compras e de Contratação de Serviços e Obras, constante das páginas 176 a 187, estabelece normas aplicáveis à contratação de serviços, com exigência de documentação, seleção de



fornecedores, habilitação jurídica, regularidade fiscal, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira, julgamento objetivo, controle, transparência e formalização contratual.

O regulamento também prevê que os contratos de prestação de serviços contínuos vinculados a instrumentos firmados com o Poder Público não poderão ultrapassar a vigência desses instrumentos e deverão conter cláusula de rescisão automática e sem ônus para a SBCD em caso de término ou rescisão do contrato de gestão. Ainda estabelece que os contratos de fornecimento e serviços de terceiros seguirão minutas padrão da SBCD e que todos os processos deverão ser documentados para acompanhamento, controle e fiscalização.

Quanto aos serviços de apoio, o Plano apresenta, nas páginas 124 e 125, proposta específica para processamento de roupas em serviços de saúde, em regime de terceirização supervisionada, com rastreabilidade, controle de qualidade, dimensionamento, logística operacional, armazenamento, distribuição, inspeção sistemática, relatórios e controle informatizado.

Portanto, não procede a afirmação de ausência de apresentação. O Plano contém estrutura dos serviços de apoio, previsão de limpeza/higienização, segurança, lavanderia e nutrição, centros de custos, modelo de terceirização supervisionada e critérios gerais de contratação de terceiros, com exigências documentais, qualificação, controle, fiscalização e formalização contratual.

A nota zero viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta, pois desconsidera conteúdos técnicos e normativos expressamente apresentados no Plano de Trabalho.



Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Estrutura dos serviços de apoio	Páginas 131 a 132	Previsão de segurança, nutrição e dietética, lavanderia, higienização, suprimentos, compras, licitações, farmácia/almojarifado e demais serviços de apoio.
Limpeza, segurança e nutrição em centros de custos	Páginas 167 a 168	Segmentação dos serviços em centros de custos, incluindo segurança, limpeza, lavanderia, rouparia, costura e nutrição.
Critérios de contratação de terceiros	Páginas 176 a 187	Regulamento de Compras e Contratação de Serviços e Obras, com requisitos de seleção, habilitação, qualificação, documentação, controle e fiscalização.
Serviços terceirizados de apoio	Páginas 124 a 125	Processamento de roupas em regime de terceirização supervisionada, com rastreabilidade, controle de qualidade, dimensionamento e logística operacional.
Controle contratual	Página 187	Previsão de vigência vinculada ao instrumento público, rescisão automática sem ônus e utilização de minutas padrão da SBCD.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão dos 2,0 pontos previstos no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum serviço deveria ter sido detalhado em manual próprio e apartado, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de critérios de contratação,



estrutura dos serviços de apoio, centros de custos, terceirização supervisionada, controle e fiscalização impede a manutenção da nota zero.

III.10. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho, com sugestões de condutas para combater absenteísmo e estimular produção.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho, com sugestões de condutas para combater absenteísmo e estimular produção”, para o qual o edital previa pontuação de 2,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de que não teria sido apresentado contrato de trabalho, avaliação de desempenho e sugestões para combater absenteísmo e estimular produção.

A conclusão adotada não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. Nas páginas 206 a 211, consta o Manual de Gestão de Pessoas do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, elaborado para estabelecer diretrizes, normas e procedimentos de administração de recursos humanos, incluindo admissão, administração e desligamento de pessoal, recrutamento, seleção, capacitação, avaliação de desempenho, cumprimento da legislação trabalhista, controle de frequência, conformidade contratual e indicadores de gestão de pessoas.

Quanto à seleção de pessoal, o Plano prevê recrutamento público e transparente, com critérios de competência técnica, experiência comprovada, adequação ao perfil do cargo, ética, compromisso social e disponibilidade para trabalho em equipe. Também descreve as etapas do processo seletivo, abrangendo levantamento de vagas, definição do perfil, divulgação, triagem de currículos, entrevistas, avaliação documental, contratação e integração ao serviço.



Em relação ao contrato de trabalho e à formalização do vínculo, o Manual de Gestão de Pessoas prevê processo de admissão formal, com verificação documental, exames admissionais, registro em sistema, integração institucional, controle funcional e observância das normas trabalhistas, previdenciárias, éticas e contratuais aplicáveis aos colaboradores vinculados ao HRDJSN.

Quanto à avaliação de desempenho, o Plano estabelece avaliação semestral, realizada pela chefia imediata e supervisionada pelo RH, com critérios de assiduidade, pontualidade, desempenho técnico, qualidade do trabalho, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, cumprimento de metas e indicadores, ética, sigilo e postura profissional. O resultado é vinculado a promoções, bonificações, treinamentos e ações corretivas.

Também foram apresentadas medidas para combate ao absenteísmo e estímulo à produtividade, especialmente por meio de controle eletrônico de ponto, programação e validação de escalas, tratamento de faltas e atrasos conforme legislação e regimento interno, monitoramento de absenteísmo, controle de jornada, avaliação de desempenho, capacitação, clima organizacional, valorização profissional e indicadores mensais de RH.

Além disso, nas páginas 367 a 371, a SBCD apresentou sua Política de Recursos Humanos e Política de Seleção de Pessoal, com diretrizes para retenção de talentos, motivação, produtividade, promoção da saúde do trabalhador, avaliação periódica de desempenho, clima organizacional, mapeamento de competências, planejamento da força de trabalho, dimensionamento de pessoal, escalas, banco de talentos, recrutamento transparente e meritocrático, integração e capacitação contínua.

Portanto, não procede a atribuição de nota zero. O Plano de Trabalho apresentou normas de seleção, admissão, formalização de vínculo, avaliação de desempenho, controle de frequência, gestão de absenteísmo, indicadores de RH e estratégias de produtividade.



A nota zero viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta, pois desconsidera conteúdo técnico expressamente apresentado nas páginas 206 a 211 e 367 a 371.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Normas para seleção de pessoal	Páginas 207, 208 e 371	Recrutamento público e transparente, critérios técnicos, perfil do cargo, divulgação, triagem, entrevistas, avaliação documental, contratação e integração.
Contrato de trabalho/formalização do vínculo	Páginas 206 a 210	Admissão formal, verificação documental, exames admissionais, registro em sistema, conformidade legal, ética e contratual, controle funcional e integração institucional.
Avaliação de desempenho	Páginas 208 a 210 e 368 a 370	Avaliação semestral, critérios objetivos, metas, indicadores, devolutiva, treinamentos, ações corretivas, reconhecimento e retenção.
Combate ao absenteísmo	Páginas 209, 210 e 369	Controle eletrônico de ponto, gestão de frequência, escalas, tratamento de faltas e atrasos, monitoramento de absenteísmo, sobrecarga e conformidade de jornada.



Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Estímulo à produção/produtividade	Páginas 206, 210, 367 a 370	Indicadores de RH, capacitação, clima organizacional, valorização profissional, planejamento da força de trabalho, retenção de talentos e gestão orientada a resultados.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão dos 2,0 pontos previstos no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum elemento deveria ter sido apresentado em modelo específico ou quadro apartado, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de Manual de Gestão de Pessoas, Política de RH, regras de seleção, admissão, conformidade contratual, avaliação de desempenho, controle de frequência, indicadores de absenteísmo e estratégias de produtividade impede a manutenção da nota zero.

Proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de Trabalho.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho”, para o qual o edital previa pontuação de 2,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de “não apresentou”.

A conclusão adotada não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. Na página 92, a SBCD apresentou módulo específico de Recursos Humanos e Gestão de Pessoas, com previsão de sistema integrado para controle biométrico de frequência, escalas de trabalho, integração com eSocial, folha de pagamento automatizada, avaliação de desempenho vinculada a metas institucionais, registro de treinamentos, gestão de competências e certificações profissionais.



Além disso, nas páginas 206 a 211, consta o Manual de Gestão de Pessoas do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, que disciplina a estrutura do setor de Recursos Humanos, suas responsabilidades e os processos de gestão de pessoal. O documento prevê que compete ao RH executar e acompanhar os processos administrativos de pessoal, manter atualizados os registros funcionais, controlar frequência, assegurar conformidade legal, ética e contratual e apoiar gestores na condução das equipes.

Quanto ao registro de pessoal, o Manual prevê admissão formal, verificação documental, exames admissionais, registro em sistema, integração institucional, controle funcional, gestão de ponto e frequência, controle eletrônico de jornada, capacitação, avaliação de desempenho, gestão de benefícios, saúde e segurança do trabalho e desligamento.

No tocante às escalas de trabalho, o Plano estabelece que o controle de jornada será realizado por sistema eletrônico de ponto biométrico, auditado pelo RH, e que as escalas deverão ser programadas com antecedência e validadas pela chefia imediata. Também prevê tratamento de faltas e atrasos conforme a legislação trabalhista e o regimento interno.

O Plano ainda apresenta indicadores de controle funcional, incluindo taxa de rotatividade, absenteísmo, horas de capacitação por colaborador, percentual de avaliações de desempenho concluídas, percentual de profissionais treinados em segurança e biossegurança e índice de conformidade de escalas e jornada, compondo Relatório de Gestão de Pessoas a ser enviado mensalmente à Diretoria e à SES/MS.

Nas páginas 367 a 371, a Política de Recursos Humanos reforça o planejamento da força de trabalho, dimensionamento de pessoal, planejamento de escalas, banco de talentos, monitoramento de absenteísmo e sobrecarga, mapeamento de competências, avaliação periódica e estratégias de retenção e valorização profissional.



Além disso, o Plano apresentou quadro de pessoal com forma de vínculo, setor, função, quantidade, carga horária semanal e período, conforme página 516, bem como quadro com carga horária, escala diária e quantitativo mensal, conforme página 519, demonstrando objetivamente o modelo de organização da força de trabalho e das escalas propostas.

Portanto, não procede a atribuição de nota zero. A SBCD apresentou proposta de registro e controle de pessoal, com sistema informatizado, controle biométrico, integração com eSocial e folha de pagamento, registros funcionais, controle de jornada, programação e validação de escalas, indicadores de conformidade e quadro de dimensionamento com carga horária e escala diária.

A nota zero viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta, pois desconsidera conteúdo técnico expressamente apresentado em diferentes seções do Plano de Trabalho.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Registro e controle de pessoal	Páginas 92 e 206 a 211	Sistema integrado de RH, controle biométrico, eSocial, folha automatizada, registros funcionais, admissão formal, controle de frequência e gestão documental.
Gestão de ponto e frequência	Páginas 208 a 210	Controle eletrônico de jornada, auditoria pelo RH, tratamento de faltas e atrasos, registros de frequência e conformidade funcional.



Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Modelo para escalas de trabalho	Páginas 209, 516 e 519	Escalas programadas com antecedência e validadas pela chefia, quadro de pessoal com vínculo, carga horária, período, escala diária e quantitativo mensal.
Indicadores de controle	Página 210	Absenteísmo, rotatividade, avaliações concluídas, capacitações, conformidade de escalas e jornada, com relatório mensal à Diretoria e à SES/MS.
Planejamento da força de trabalho	Páginas 367 a 371	Dimensionamento de pessoal, planejamento de escalas, banco de talentos, monitoramento de sobrecarga e mapeamento de competências.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão dos 2,0 pontos previstos no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum elemento deveria constar em modelo específico ou planilha apartada, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de registro funcional, controle biométrico, integração com eSocial e folha, gestão de escalas, validação pela chefia, indicadores de conformidade e quadro de pessoal com carga horária e escala diária impede a manutenção da nota zero.

Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional”, para o qual o edital previa pontuação de 2,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de “não apresentou”.



A conclusão adotada não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. Na página 43, a SBCD indicou expressamente a utilização de ferramentas de gestão de pessoas, incluindo Avaliação de Desempenho, Feedback, Pesquisa de Clima Organizacional, Programa de Capacitação e Coaching.

Nas páginas 206 a 211, o Manual de Gestão de Pessoas apresenta metodologia específica de avaliação de desempenho, prevendo avaliação semestral, realizada pela chefia imediata e supervisionada pelo RH, com critérios objetivos de assiduidade, pontualidade, desempenho técnico, qualidade do trabalho, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, cumprimento de metas e indicadores, ética, sigilo e postura profissional.

O resultado da avaliação foi vinculado a promoções, bonificações, treinamentos e ações corretivas, demonstrando que a metodologia possui finalidade prática de desenvolvimento profissional, correção de desvios, melhoria de desempenho e apoio à tomada de decisão gerencial.

O mesmo manual prevê indicadores de acompanhamento, incluindo absenteísmo, horas de capacitação por colaborador, índice de satisfação dos colaboradores, percentual de avaliações de desempenho concluídas, percentual de profissionais treinados e índice de conformidade de escalas e jornada, compondo Relatório de Gestão de Pessoas a ser enviado mensalmente à Diretoria e à SES/MS.

Quanto à pesquisa de clima institucional, a página 72 apresenta o Programa de Engajamento e Clima Organizacional, com previsão de pesquisas anuais de clima, mensuração de satisfação, motivação, confiança e alinhamento de propósito, planos de ação setoriais, valorização profissional, Planos de Desenvolvimento Individual – PDI e círculos de aprendizagem e escuta ativa.

Nas páginas 368 a 370, a Política de Recursos Humanos reforça a avaliação periódica de desempenho e clima organizacional, com feedbacks estruturados,



planos de desenvolvimento, indicadores, escuta ativa, avaliação institucional periódica, devolutiva estruturada, estratégias motivacionais, prevenção da rotatividade e fortalecimento da cultura institucional.

Além disso, nas páginas 409 e 410, o Projeto RH – Gestão de Pessoas e Educação Permanente prevê fases de diagnóstico e mapeamento de competências, plano de capacitação, gestão de desempenho, avaliação 360°, cultura organizacional, bem-estar, redução de absenteísmo, valorização profissional e melhoria do clima de trabalho.

Portanto, não procede a atribuição de nota zero. O Plano de Trabalho apresentou metodologia de avaliação de desempenho, critérios objetivos, periodicidade, responsáveis, indicadores, feedbacks, PDI, pesquisa de clima, planos de ação, escuta ativa, cronograma de implantação e estratégias de melhoria do ambiente institucional.

A nota zero viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta, pois desconsidera conteúdo técnico expressamente apresentado em diferentes seções do Plano de Trabalho.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Metodologia de avaliação de desempenho	Páginas 206 a 211	Avaliação semestral, chefia imediata, supervisão do RH, critérios objetivos, metas, indicadores, ética, postura profissional e ações corretivas.



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Ferramentas de gestão de pessoas	Página 43	Avaliação de Desempenho, Feedback, Pesquisa de Clima Organizacional, Programa de Capacitação e Coaching.
Indicadores de acompanhamento	Página 210	Absenteísmo, satisfação dos colaboradores, avaliações concluídas, capacitações, conformidade de escalas e jornada, com relatório mensal à Diretoria e à SES/MS.
Pesquisa de clima institucional	Página 72	Pesquisas anuais de clima, mensuração de satisfação, motivação, confiança, planos de ação setoriais, PDI e escuta ativa.
Política de RH e clima organizacional	Páginas 368 a 370	Feedbacks estruturados, planos de desenvolvimento, avaliação institucional periódica, estratégias motivacionais, retenção e fortalecimento da cultura institucional.
Projeto RH e cronograma de implantação	Páginas 409 a 410	Diagnóstico, mapeamento de competências, avaliação 360°, cultura organizacional, bem-estar, redução do absenteísmo e melhoria do clima de trabalho.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão dos 2,0 pontos previstos no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum elemento deveria constar em modelo específico ou documento apartado, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de metodologia de avaliação de desempenho, critérios objetivos, indicadores, feedbacks,



PDI, pesquisa de clima organizacional, planos de ação e cronograma de implantação impede a manutenção da nota zero.

Proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários”, para o qual o edital previa pontuação de 3,0 pontos, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de “não apresentou”.

A conclusão adotada não corresponde ao conteúdo efetivamente apresentado no Plano de Trabalho. Nas páginas 206 a 211, consta o Manual de Gestão de Pessoas do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, com diretrizes para administração de pessoal, recrutamento, seleção, admissão, integração, capacitação, avaliação de desempenho, gestão de ponto e frequência, cargos, salários, benefícios, saúde e segurança do trabalho, ética, conduta profissional e desligamento.

Especificamente na página 209, o Plano prevê que a estrutura de cargos e salários será definida em Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS, aprovado pela SBCD e pela SES/MS, bem como assegura benefícios previstos em contrato, tais como vale-alimentação ou refeição, vale-transporte, assistência à saúde ocupacional e programas de bem-estar e qualidade de vida.

O Manual também vincula a avaliação de desempenho a promoções, bonificações, treinamentos e ações corretivas, com critérios objetivos de assiduidade, pontualidade, desempenho técnico, qualidade do trabalho, relacionamento interpessoal, cumprimento de metas, ética e postura profissional. Assim, há previsão de mecanismos de evolução funcional e desenvolvimento profissional.

Além disso, nas páginas 72 e 370, o Plano prevê Planos de Desenvolvimento Individual – PDI, programas de valorização profissional, reconhecimento, retenção de talentos, estratégias motivacionais, prevenção da



rotatividade, formação permanente e fortalecimento da cultura institucional, elementos compatíveis com a estruturação de uma política de cargos e carreiras.

Portanto, não procede a atribuição de nota zero. Ainda que o conteúdo não esteja concentrado em documento apartado denominado exclusivamente “Plano de Cargos e Carreiras”, o Plano de Trabalho apresenta previsão expressa de PCCS, diretrizes de cargos, salários, benefícios, avaliação de desempenho, promoções, bonificações, capacitação, PDI, valorização profissional e retenção de talentos.

A nota zero viola os princípios da motivação adequada, do contraditório, da ampla defesa, do julgamento objetivo, da razoabilidade, da proporcionalidade, da vinculação ao edital e do aproveitamento material da proposta, pois desconsidera conteúdo técnico expressamente apresentado no Plano de Trabalho.

Para facilitar a conferência, destaca-se que o conteúdo apresentado contempla:

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
Plano de cargos, carreiras e salários	Página 209	Previsão expressa de Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS, a ser aprovado pela SBCD e SES/MS.
Cargos, salários e benefícios	Página 209	Estrutura de cargos e salários, benefícios contratuais, vale-alimentação/refeição, vale-transporte, assistência à saúde ocupacional e programas de bem-estar.
Desenvolvimento e progressão funcional	Páginas 208 a 210	Avaliação de desempenho com critérios objetivos, vinculada a promoções, bonificações, treinamentos e ações corretivas.

Requisito avaliado	Localização no Plano de Trabalho	Conteúdo apresentado
PDI e valorização profissional	Páginas 72 e 370	Planos de Desenvolvimento Individual, reconhecimento, valorização, estratégias motivacionais, retenção de talentos e prevenção da rotatividade.
Política de gestão de pessoas	Páginas 206 a 211 e 367 a 370	Diretrizes de recrutamento, seleção, admissão, capacitação, avaliação, gestão por competências, desenvolvimento profissional e fortalecimento institucional.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem, com a concessão dos 3,0 pontos previstos no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que o conteúdo apresentado não alcança integralmente o grau de detalhamento esperado, requer-se a atribuição de pontuação parcial, com motivação técnica individualizada, pois a existência de previsão expressa de PCCS, estrutura de cargos e salários, benefícios, avaliação de desempenho, desenvolvimento profissional, PDI e critérios de valorização impede a manutenção da nota zero.

III.11. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE SAÚDE

Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação”, para o qual o edital previa pontuação de até 8,0 pontos, sendo 2,0 pontos por certidão reconhecida, limitado à apresentação de, no máximo, quatro experiências.



Conforme publicado no resultado da análise da Proposta Técnica, a Comissão atribuiu à SBCD apenas 2,0 pontos, considerando exclusivamente o atestado relativo ao Complexo Hospitalar Municipal Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva. Todavia, a pontuação atribuída não reflete o conjunto documental apresentado no Plano de Trabalho, pois a SBCD juntou outros documentos comprobatórios de experiência em gestão de serviços de saúde, inclusive com indicação de unidades hospitalares, contratos de gestão, períodos de execução, metas assistenciais, indicadores de desempenho e capacidade instalada.

Na página 413 do Plano de Trabalho, consta a seção “Comprovação de Experiência em Gestão”, na qual foram relacionados os Atestados de Capacidade Técnica apresentados pela SBCD. O quadro lista, entre outros, os seguintes serviços: Complexo Hospitalar de Cubatão, Hospital Regional de Picos, Hospital Municipal de Cubatão, Hospital Municipal de Itu, Hospital Municipal de Itu em novo período contratual, Hospital Municipal Mariana de Jesus, Hospital de Mocambinho e Hospital Delfina Alves Barbosa.

Assim, verifica-se que a SBCD não apresentou apenas um atestado, mas sim um conjunto de documentos destinados à comprovação de sua experiência anterior em gestão de serviços de saúde, devendo todos ser analisados de forma individualizada e motivada, especialmente porque o próprio critério editalício estabelece que “cada certidão somará 2,0 pontos”, podendo ser reconhecida a apresentação de até quatro experiências.

Quanto ao Complexo Hospitalar Municipal Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva / Hospital Municipal de Cubatão, corretamente considerado pela Comissão, o atestado consta nas páginas 424 a 431 do Plano de Trabalho. Nele, o Município de Cubatão atesta que a SBCD realizou a gestão, execução e operacionalização das ações e serviços de saúde do Complexo Hospitalar Municipal, abrangendo serviços de urgência e emergência, inclusive obstetrícia, procedimentos ambulatoriais e hospitalares, internação, atenção ambulatorial especializada, especialidades médicas diversas,



unidades críticas, UTI adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica, centro cirúrgico, hospital-dia, apoio diagnóstico e terapêutico.

Na página 428, o referido atestado comprova expressamente que a unidade possui 138 leitos existentes, distribuídos entre isolamento, UTI adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica, cirurgia geral, ginecologia, clínica geral, obstetrícia, psiquiatria, pediatria cirúrgica e pediatria clínica. Portanto, trata-se de unidade hospitalar com capacidade instalada superior a 100 leitos, razão pela qual a pontuação de 2,0 pontos atribuída a esse atestado foi correta, mas insuficiente diante dos demais documentos apresentados.

Ocorre que, além do Complexo Hospitalar de Cubatão, a SBCD também indicou, na página 413, experiência relativa ao Hospital Municipal de Cubatão, com período iniciado em 02/2023. O próprio atestado constante das páginas 424 a 431 demonstra que a SBCD firmou inicialmente o Contrato Emergencial nº 001/2023, com vigência a partir de 10/02/2023, deu continuidade aos serviços por meio do Contrato Emergencial nº 007/2023, que vigorou até 04/10/2023, e, posteriormente, celebrou o Contrato de Gestão nº CG 10/2023, com vigência iniciada em 05/10/2023, para a gestão, execução e operacionalização das ações e serviços de saúde do **Complexo Hospitalar Municipal de Cubatão Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva**.

Dessa forma, ainda que as experiências estejam relacionadas à mesma estrutura hospitalar de Cubatão, o Plano de Trabalho evidenciou períodos e instrumentos contratuais distintos, com execução sucessiva e continuada de serviços de gestão hospitalar, **todos vinculados à unidade com 138 leitos**. Como o critério editalício pontua “**cada certidão**” e não limita expressamente a pontuação a uma única experiência por município ou por equipamento público, a Comissão deveria ter analisado e reconhecido a experiência relativa ao Hospital Municipal de Cubatão também de forma autônoma, ou, ao menos, apresentado motivação específica para eventual desconsideração.

Também merece reavaliação a experiência relativa ao Hospital Regional de Picos / Novo Hospital Regional de Picos — NHRP, indicado na página 413 do Plano



de Trabalho. Nas páginas 452 a 457, foi juntado Relatório de Avaliação de Contrato de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí — SESAPI, referente ao Contrato de Gestão nº 04/2024, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Centro Integrado de Referência Médica de Picos — CIEMP/NHRP.

O relatório oficial da SESAPI demonstra que a SBCD executa a gestão compartilhada da unidade hospitalar, com análise de metas quantitativas, metas qualitativas, indicadores de desempenho, prestação de contas, execução assistencial, produção cirúrgica, saídas hospitalares, UTI adulta, exames, fisioterapia, taxa de ocupação hospitalar, média de permanência, readmissões, suspensão de cirurgias, glosas, ouvidoria, segurança do paciente, educação permanente e utilização de protocolos assistenciais. A conclusão do relatório aponta desempenho “A — Excelente”, evidenciando a efetiva experiência da entidade na gestão de serviço hospitalar de alta complexidade organizacional.

Embora o relatório mencione que, no período avaliado, a unidade contava com 70 leitos operacionais, o mesmo documento registra que o nosocômio se encontrava em funcionamento parcial, “com a previsão dos 226 definitivos”. Assim, não se trata de unidade de pequeno porte, mas de hospital regional em implantação/expansão, com capacidade definitiva superior a 100 leitos, cuja gestão foi atribuída à SBCD e avaliada formalmente pela Secretaria Estadual de Saúde.

Diante disso, o Hospital Regional de Picos / NHRP também deveria ter sido objeto de análise específica pela Comissão, pois o documento apresentado demonstra experiência da entidade em gestão hospitalar, em unidade regional com capacidade definitiva superior a 100 leitos. Caso a Comissão entendesse que a operação parcial de 70 leitos no período avaliado impediria a pontuação integral, deveria ter apresentado motivação individualizada para essa conclusão, e não simplesmente desconsiderado o documento sem análise técnica expressa.



A manutenção da pontuação de apenas 2,0 pontos, com o reconhecimento exclusivo do Complexo Hospitalar Municipal Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva, revela análise incompleta do conjunto documental apresentado. A SBCD juntou documentos relativos a diferentes unidades e contratos, os quais comprovam experiência em gestão de serviços de saúde, devendo a Comissão proceder à reavaliação individualizada de cada atestado apresentado, nos termos do edital.

O critério editalício não exige que a experiência seja exclusivamente hospitalar sob uma única denominação formal, tampouco autoriza a desconsideração de documentos oficiais que comprovam gestão, operacionalização, execução de serviços de saúde, cumprimento de metas, avaliação por indicadores e capacidade instalada ou definitiva superior a 100 leitos. O que se exige é a comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação, requisito atendido pelo conjunto documental apresentado, especialmente pelas experiências relativas a Cubatão e ao Hospital Regional de Picos.

Também não se pode admitir que a Comissão reconheça a validade técnica de um atestado de Cubatão para atribuir 2,0 pontos e, ao mesmo tempo, deixe de analisar os demais documentos relacionados à própria experiência da entidade, inclusive aqueles que constam expressamente do quadro da página 413 do Plano de Trabalho. A avaliação deve observar a integralidade da proposta, a motivação suficiente, o julgamento objetivo e a coerência entre os documentos apresentados e a pontuação atribuída.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem “Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação”, para que sejam reavaliados todos os atestados e documentos apresentados pela SBCD, especialmente:

- a) Complexo Hospitalar Municipal Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva / Hospital Municipal de Cubatão, constante das páginas 424 a 431, com comprovação de 138 leitos na página 428;
- b) Hospital Municipal de Cubatão, indicado na página 413 como experiência própria, com período iniciado em 02/2023, e comprovado no mesmo atestado



das páginas 424 a 431, que descreve contratos emergenciais e posterior contrato de gestão vinculados à unidade de 138 leitos;

c) Hospital Regional de Picos / Novo Hospital Regional de Picos — NHRP, indicado na página 413 e comprovado nas páginas 452 a 457, mediante Relatório de Avaliação de Contrato de Gestão da SESAPI, com referência à unidade hospitalar em funcionamento parcial e previsão de 226 leitos definitivos.

Assim, requer-se a majoração da pontuação atribuída à SBCD no presente subitem, com a concessão da pontuação integral de 8,0 pontos, devendo ser reconhecidas as experiências nos termos do edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que nem todos os documentos apresentados podem ser computados para a pontuação máxima, requer-se, ao menos, a majoração parcial da pontuação, com o reconhecimento das experiências adicionais comprovadas no Plano de Trabalho, especialmente aquelas relacionadas ao Hospital Municipal de Cubatão e ao Hospital Regional de Picos / NHRP, afastando-se a limitação indevida da análise a apenas um atestado.

Por fim, caso algum documento seja novamente desconsiderado, requer-se que a Comissão apresente motivação técnica individualizada para cada atestado, indicando de forma expressa as razões objetivas de eventual não aproveitamento, em observância aos princípios da motivação, julgamento objetivo, razoabilidade, proporcionalidade, vinculação ao edital, isonomia e aproveitamento material da proposta.

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.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “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”, para o qual o edital previa pontuação de até 8,0 pontos, sendo 2,0 pontos por certidão



reconhecida, limitado a quatro experiências, tendo a Comissão atribuído nota 0,0 sob a justificativa de que a entidade não teria comprovado experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos.

A conclusão adotada pela Comissão merece revisão, pois o Plano de Trabalho da SBCD apresentou documentação suficiente para demonstrar a experiência dos profissionais indicados para a Estrutura Diretiva, bem como a vinculação de tais experiências à gestão de serviços de saúde em unidades hospitalares, inclusive em unidade com capacidade instalada superior a 100 leitos.

Inicialmente, destaca-se que o Plano de Trabalho apresentou, na página 413, a seção “Comprovação de Experiência em Gestão”, na qual foram listados os Atestados de Capacidade Técnica da SBCD, incluindo, entre outros, o Complexo Hospitalar de Cubatão, o Hospital Regional de Picos, o Hospital Municipal de Cubatão, o Hospital Municipal de Itu, o Hospital de Mocambinho e o Hospital Delfina Alves Barbosa.

Na sequência, na página 414, consta seção própria denominada “Certidões Profissionais”, na qual foi expressamente informado que os documentos comprobatórios da experiência dos profissionais que comporiam a Estrutura Diretiva da unidade encontravam-se devidamente anexados ao Plano de Trabalho, com indicação, ao menos, do Diretor Geral, **Dr. Mário Sapede Neto, CRM nº 170.020-SP**, e do Diretor Técnico, **Dr. Brás Henrique Dringoli Vieira Alves, CRM nº 176.768-SP**.

Além disso, nas páginas 459 e 460, foi apresentada a “Declaração da Estrutura Diretiva”, com a indicação nominal dos profissionais designados para compor a estrutura diretiva da unidade, acompanhada da descrição das atribuições de cada cargo e da ciência dos indicados. Foram indicados o Diretor Geral, o Diretor Técnico, o Diretor Administrativo e a Diretora de Enfermagem.



No tocante ao Diretor Geral, **Dr. Mário Sapede Neto**, a documentação consta nas páginas 459 a 463. Na declaração da estrutura diretiva, o profissional foi indicado como responsável por supervisionar e avaliar o desempenho institucional, coordenar os setores técnico, administrativo e assistencial, garantir o cumprimento de contratos, convênios e normas legais, representar o hospital perante órgãos públicos e parceiros e tomar decisões estratégicas voltadas à eficiência e sustentabilidade. Nas páginas 461 a 463, consta seu currículo profissional, com formação em Gestão de Serviços Hospitalares, especialização em Medicina Preventiva e Administração em Saúde, área de atuação em Administração em Saúde, além de experiência como Superintendente Hospitalar da SBCD desde setembro de 2023, Gerente Médico Institucional da SBCD entre agosto de 2021 e novembro de 2023 e Diretor Técnico do Hospital Municipal de Itu.

Quanto ao Diretor Técnico, **Dr. Brás Henrique Dringoli Vieira Alves**, a documentação consta nas páginas 459 e 475 a 484. Na Declaração da Estrutura Diretiva, o profissional foi indicado como responsável por supervisionar e coordenar as atividades médicas e assistenciais, assegurar o cumprimento das normas éticas e técnicas da medicina, controlar a qualidade e a segurança da assistência aos pacientes, definir e acompanhar protocolos clínicos e escalas médicas, atuar na interlocução com a direção geral e administrativa e garantir o cumprimento das exigências dos Conselhos de Medicina e da vigilância sanitária. Nas páginas 475 a 484, foi juntado contrato de prestação de serviços médicos na especialidade de Gerência Médica no Hospital Municipal de Itu, demonstrando atuação em função de gestão médica, com obrigações relacionadas à prestação de serviços conforme escala, fornecimento de informações à contratante e órgãos de fiscalização, apresentação mensal de relatório de atividades, preenchimento de documentos assistenciais e garantia da qualidade dos serviços.

Em relação ao Diretor Administrativo, **Dr. Fábio André Santos Pampolha**, a documentação consta nas páginas 459 a 460 e 491 a 492. Na Declaração da Estrutura Diretiva, o profissional foi indicado como responsável por elaborar relatórios de execução e indicadores administrativos, assegurar o bom funcionamento da



infraestrutura hospitalar e propor melhorias nos processos administrativos e de gestão. Nas páginas 491 e 492, consta sua Carteira de Trabalho Digital, comprovando vínculo com a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, em estabelecimento localizado no Município de Cubatão/SP, no cargo de Gerente Médico, com contrato por prazo indeterminado, o que evidencia experiência em função gerencial de serviço de saúde.

Quanto à Diretora de Enfermagem, **Luiza Procopio de Carvalho**, a documentação consta nas páginas 460 e 497 a 499. Na Declaração da Estrutura Diretiva, a profissional foi indicada como responsável por coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem, organizar os serviços de enfermagem, controlar escalas, garantir a qualidade, ética e segurança da assistência, promover capacitação contínua da equipe, monitorar indicadores de qualidade e desempenho assistencial e assegurar conformidade com as normas dos Conselhos de Enfermagem. Nas páginas 497 a 499, consta sua Carteira de Trabalho Digital, comprovando vínculo com a SBCD em cargo de Coordenação/Gerência de Enfermagem Hospitalar, inclusive em estabelecimento localizado no Município de Cubatão/SP, demonstrando experiência em gestão assistencial e de enfermagem hospitalar.

No tocante à unidade hospitalar com capacidade instalada superior a 100 leitos, o próprio Plano de Trabalho comprova, nas páginas 424 a 431, a gestão, pela SBCD, do Complexo Hospitalar Municipal de Cubatão “Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva”, posteriormente Hospital Municipal de Cubatão. O atestado de capacidade técnica informa que a entidade realizou a gestão, execução e operacionalização das ações e serviços de saúde da unidade, abrangendo serviços de urgência e emergência, internação hospitalar, atenção ambulatorial especializada, UTI adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica, centro cirúrgico, hospital-dia, apoio diagnóstico e terapêutico e diversas especialidades médicas.

Ainda, na página 428 do Plano de Trabalho, o atestado indica expressamente que a unidade possui 138 leitos existentes, distribuídos entre isolamento, UTI adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica, cirurgia geral, ginecologia, clínica geral,



obstetrícia, psiquiatria, pediatria cirúrgica e pediatria clínica. Trata-se, portanto, de unidade hospitalar com capacidade instalada superior a 100 leitos, exatamente nos termos exigidos pelo edital.

Dessa forma, a nota zero atribuída ao subitem não se sustenta. O Plano de Trabalho apresentou a indicação dos profissionais integrantes da Estrutura Diretiva, a ciência dos indicados, a descrição das atribuições de cada cargo, documentos profissionais e funcionais, currículos, contratos e vínculos que demonstram experiência em gestão de serviços de saúde, além de atestado técnico de unidade hospitalar com capacidade instalada superior a 100 leitos.

A análise da Comissão, ao atribuir nota 0,0, desconsiderou o conjunto documental apresentado e fragmentou indevidamente informações que devem ser avaliadas de forma integrada. O edital exigia a comprovação da experiência dos profissionais componentes da estrutura diretiva em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos. O Plano comprova a experiência dos profissionais indicados e também comprova a existência de unidade hospitalar gerida pela SBCD com 138 leitos, especialmente o Hospital Municipal de Cubatão.

Ainda que se entenda que algum documento não tenha sido apresentado sob a nomenclatura exata de “certidão profissional” ou em modelo apartado, o conteúdo material foi efetivamente apresentado no Plano de Trabalho, com elementos suficientes para permitir a aferição objetiva da experiência exigida. O julgamento deve observar a substância dos documentos, e não apenas a forma de sua organização, especialmente quando o Plano contém documentos funcionais, currículos, contratos, declaração da estrutura diretiva, ciência dos profissionais e atestados técnicos de unidade hospitalar com capacidade instalada superior a 100 leitos.

A nota zero somente seria admissível caso não houvesse indicação dos profissionais, ausência de ciência, inexistência de documentos profissionais ou inexistência de comprovação de unidade hospitalar com mais de 100 leitos. Nenhuma



dessas hipóteses ocorreu. Ao contrário, o Plano apresentou todos esses elementos, ainda que distribuídos em diferentes páginas e anexos.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem “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”, com a atribuição da pontuação correspondente, até o limite de 8,0 pontos previsto no edital.

Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que nem todos os profissionais indicados possuem documentação suficiente para reconhecimento da pontuação máxima, requer-se, ao menos, a atribuição de pontuação parcial, especialmente em relação aos profissionais cujos documentos funcionais comprovam atuação em cargos gerenciais no Município de Cubatão/SP, em unidade hospitalar da SBCD com capacidade instalada de 138 leitos, bem como em relação aos demais profissionais que comprovaram experiência em gestão hospitalar e atuação diretiva no âmbito da entidade.

Assim, requer-se que seja afastada a nota zero, com a reavaliação técnica dos documentos apresentados e atribuição da pontuação cabível, em observância aos princípios da razoabilidade, proporcionalidade, julgamento objetivo, vinculação ao edital, isonomia e aproveitamento material da proposta.

Comprovação, pela entidade, de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24 horas.

A SBCD impugna a pontuação atribuída ao subitem “Comprovação, pela entidade, de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24 horas”, para o qual o edital previa pontuação de até 10,0 pontos, sendo 2,5 pontos por certidão reconhecida, limitado à apresentação de, no máximo, quatro experiências.



Conforme resultado publicado, a Comissão atribuiu à SBCD apenas 2,5 pontos, considerando exclusivamente o atestado relativo ao Complexo Hospitalar Municipal Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva. Todavia, a pontuação atribuída não reflete a integralidade do conjunto documental apresentado no Plano de Trabalho, pois a SBCD juntou documentos que comprovam sua experiência em gestão de serviços de saúde, inclusive em unidades hospitalares com capacidade instalada superior a 100 leitos e atuação em urgência e emergência.

Na página 415 do Plano de Trabalho, consta seção específica denominada “Gestão de Urgência e Emergência”, na qual foram listados os Atestados de Capacidade Técnica apresentados pela SBCD para fins de comprovação de experiência na gestão de serviços de saúde com perfil de urgência e emergência. O quadro relaciona, entre outros, o Complexo Hospitalar de Cubatão, o Hospital Regional de Picos, o Hospital Municipal de Cubatão, o Hospital Municipal de Itu, o Hospital Municipal Mariana de Jesus, o Hospital de Mocambinho e o Hospital Delfina Alves Barbosa.

Assim, verifica-se que a SBCD não apresentou apenas um documento, mas um conjunto de atestados e relatórios destinados à comprovação da experiência anterior da entidade em gestão de unidades de saúde, cabendo à Comissão analisar cada documento de forma individualizada e motivada, especialmente porque o edital estabelece que cada certidão somará 2,5 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de até quatro experiências.

Quanto ao Complexo Hospitalar Municipal Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva / Hospital Municipal de Cubatão, corretamente considerado pela Comissão, o atestado consta nas páginas 424 a 431 do Plano de Trabalho. Nele, o Município de Cubatão atesta que a SBCD realizou a gestão, execução e operacionalização das ações e serviços de saúde do Complexo Hospitalar Municipal, abrangendo serviços de urgência e emergência, inclusive obstetrícia, procedimentos ambulatoriais e hospitalares, internação, atenção ambulatorial especializada, UTI adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica, centro cirúrgico, hospital-dia, apoio diagnóstico e terapêutico.



Na página 428, o referido atestado comprova expressamente que a unidade possui 138 leitos existentes, distribuídos entre isolamento, UTI adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica, cirurgia geral, ginecologia, clínica geral, obstetrícia, psiquiatria, pediatria cirúrgica e pediatria clínica. Na página 431, consta ainda a indicação de serviços de urgência e emergência, incluindo Pronto Socorro Geral/Clínico e Pronto Socorro Obstétrico. Portanto, trata-se de unidade hospitalar com capacidade instalada superior a 100 leitos e com atendimento de urgência e emergência, razão pela qual a pontuação de 2,5 pontos atribuída a esse atestado foi correta, porém insuficiente diante dos demais documentos apresentados.

Ocorre que, além do Complexo Hospitalar de Cubatão, a SBCD também indicou, na página 415, experiência relativa ao Hospital Municipal de Cubatão, com período iniciado em 02/2023. O próprio atestado constante das páginas 424 a 431 demonstra que a SBCD firmou inicialmente o Contrato Emergencial nº 001/2023, com vigência a partir de 10/02/2023, deu continuidade aos serviços por meio do Contrato Emergencial nº 007/2023, que vigorou até 04/10/2023, e, posteriormente, celebrou o Contrato de Gestão nº CG 10/2023, com vigência iniciada em 05/10/2023, para a gestão, execução e operacionalização das ações e serviços de saúde do Complexo Hospitalar Municipal de Cubatão Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva.

Dessa forma, ainda que as experiências estejam relacionadas à estrutura hospitalar de Cubatão, o Plano de Trabalho evidenciou períodos e instrumentos contratuais distintos, com execução sucessiva e continuada de serviços de gestão hospitalar, todos vinculados à unidade com 138 leitos, urgência e emergência, pronto socorro geral/clínico e pronto socorro obstétrico. Como o critério editalício pontua “cada certidão” e não limita expressamente a pontuação a uma única experiência por município, por equipamento público ou por denominação administrativa da unidade, a Comissão deveria ter analisado a possibilidade de reconhecimento das experiências relativas ao Hospital Municipal de Cubatão também de forma autônoma, ou, ao menos, apresentado motivação específica para eventual desconsideração.



Também merece reavaliação a experiência relativa ao Hospital Regional de Picos / Novo Hospital Regional de Picos — NHRP, indicado na página 415 do Plano de Trabalho. Nas páginas 452 a 457, foi juntado Relatório de Avaliação de Contrato de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí — SESAPI, referente ao Contrato de Gestão nº 04/2024, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Centro Integrado de Referência Médica de Picos — CIEMP/NHRP.

O relatório oficial da SESAPI demonstra que a SBCD executa a gestão compartilhada da unidade hospitalar, com análise de metas quantitativas, metas qualitativas, indicadores de desempenho, prestação de contas, execução assistencial, produção cirúrgica, saídas hospitalares, UTI adulta, exames, fisioterapia, taxa de ocupação hospitalar, média de permanência, readmissões, suspensão de cirurgias, segurança do paciente, educação permanente e utilização de protocolos assistenciais. A conclusão do relatório aponta desempenho “A — Excelente”, evidenciando a efetiva experiência da entidade na gestão de serviço hospitalar de alta complexidade organizacional.

Embora o relatório mencione que, no período avaliado, a unidade contava com 70 leitos operacionais, o mesmo documento registra que o nosocômio se encontrava em funcionamento parcial, com previsão de 226 leitos definitivos. Assim, não se trata de unidade de pequeno porte, mas de hospital regional em implantação/expansão, com capacidade definitiva superior a 100 leitos, cuja gestão foi atribuída à SBCD e avaliada formalmente pela Secretaria Estadual de Saúde.

Além disso, o Plano de Trabalho indica, nas páginas 31 e 32, que a SBCD possui experiência na gestão do Hospital Regional de Picos/PI e de serviços de urgência e emergência, destacando sua atuação em hospitais gerais, unidades de pronto atendimento e serviços hospitalares estruturados sob contratos de gestão com metas assistenciais pactuadas e indicadores de desempenho auditáveis. Tais elementos



demonstram que a experiência da entidade não se restringe ao Complexo Hospitalar Municipal Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva, devendo ser analisada de forma mais ampla e integrada.

Diante disso, o Hospital Regional de Picos / NHRP também deveria ter sido objeto de análise específica pela Comissão, especialmente porque o documento apresentado demonstra experiência da entidade em gestão hospitalar, em unidade regional com capacidade definitiva superior a 100 leitos e com indicadores próprios de assistência hospitalar, UTI, cirurgias, internações e atendimento assistencial contínuo. Caso a Comissão entenda que a operação parcial de 70 leitos no período avaliado ou a ausência de expressão literal “urgência e emergência 24 horas” no relatório impede a pontuação integral, deveria apresentar motivação individualizada para essa conclusão, e não simplesmente desconsiderar o documento sem análise técnica expressa.

A manutenção da pontuação de apenas 2,5 pontos, com o reconhecimento exclusivo do Complexo Hospitalar Municipal Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva, revela análise incompleta do conjunto documental apresentado. A SBCD juntou documentos relativos a diferentes unidades, contratos e períodos de execução, os quais comprovam experiência em gestão de serviços de saúde, devendo a Comissão proceder à reavaliação individualizada de cada atestado apresentado, nos termos do edital.

O critério editalício não autoriza a desconsideração de documentos oficiais que comprovam gestão, operacionalização, execução de serviços de saúde, cumprimento de metas, avaliação por indicadores, capacidade instalada superior a 100 leitos e atendimento de urgência e emergência. O que se exige é a comprovação, pela entidade, de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24 horas, requisito atendido pelo conjunto documental apresentado, especialmente pelas experiências relativas a Cubatão, bem como pelos demais documentos que demonstram gestão hospitalar regional em unidades com perfil assistencial compatível.



Também não se pode admitir que a Comissão reconheça a validade técnica de um atestado de Cubatão para atribuir 2,5 pontos e, ao mesmo tempo, deixe de analisar os demais documentos relacionados à experiência da entidade, inclusive aqueles que constam expressamente do quadro da página 415 do Plano de Trabalho sob o título “Gestão de Urgência e Emergência”. A avaliação deve observar a integralidade da proposta, a motivação suficiente, o julgamento objetivo e a coerência entre os documentos apresentados e a pontuação atribuída.

Diante disso, requer-se a revisão da pontuação atribuída ao subitem “Comprovação, pela entidade, de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24 horas”, para que sejam reavaliados todos os atestados e documentos apresentados pela SBCD, especialmente:

a) Complexo Hospitalar Municipal Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva / Hospital Municipal de Cubatão, constante das páginas 424 a 431, com comprovação de 138 leitos na página 428 e indicação de serviços de urgência e emergência, pronto socorro geral/clínico e pronto socorro obstétrico na página 431;

b) Hospital Municipal de Cubatão, indicado na página 415 como experiência própria, com período iniciado em 02/2023, e comprovado no mesmo conjunto documental das páginas 424 a 431, que descreve contratos emergenciais e posterior contrato de gestão vinculados à unidade de 138 leitos e atendimento de urgência e emergência;

c) Hospital Regional de Picos / Novo Hospital Regional de Picos — NHRP, indicado na página 415 e comprovado nas páginas 452 a 457, mediante Relatório de Avaliação de Contrato de Gestão da SESAPI, com referência à unidade hospitalar em funcionamento parcial, previsão de 226 leitos definitivos e avaliação de desempenho assistencial, hospitalar e de gestão.

Assim, requer-se a majoração da pontuação atribuída à SBCD no presente subitem, com a concessão da pontuação integral de 10,0 pontos, caso reconhecidas até quatro experiências nos termos do edital.



Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que nem todos os documentos apresentados podem ser computados para a pontuação máxima, requer-se, ao menos, a majoração parcial da pontuação, com o reconhecimento das experiências adicionais comprovadas no Plano de Trabalho, especialmente aquelas relacionadas ao Hospital Municipal de Cubatão e ao Hospital Regional de Picos / NHRP, afastando-se a limitação indevida da análise a apenas um atestado.

Por fim, caso algum documento seja novamente desconsiderado, requer-se que a Comissão apresente motivação técnica individualizada para cada atestado, indicando de forma expressa as razões objetivas de eventual não aproveitamento, em observância aos princípios da motivação, julgamento objetivo, razoabilidade, proporcionalidade, vinculação ao edital, isonomia e aproveitamento material da proposta.

IV – DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a SBCD:

- a) O recebimento e conhecimento do presente Recurso Administrativo, por ser próprio, tempestivo e cabível;
- b) Preliminarmente, o afastamento da desclassificação fundada no suposto descumprimento do subitem 5.4.1 do Edital, reconhecendo-se que eventual irregularidade quanto à forma, posição ou apresentação do índice possui natureza meramente formal, sem prejuízo à análise da Proposta Técnica, sem alteração de seu conteúdo e sem violação à isonomia entre os participantes. Subsidiariamente, caso a Comissão entenda necessária alguma adequação formal quanto ao índice da Proposta Técnica, que seja oportunizado o saneamento da falha, sem desclassificação da SBCD, por se tratar de providência meramente organizacional, incapaz de modificar o conteúdo técnico já apresentado dentro do prazo;



- c) No mérito, que a Comissão proceda à reanálise da Proposta Técnica apresentada pela SBCD, considerando o conteúdo efetivamente constante do Plano de Trabalho, dos anexos, manuais, regimentos, protocolos, atestados, certidões e demais documentos apresentados, afastando-se as notas zero atribuídas de forma genérica sob a justificativa de “não apresentou” ou expressões equivalentes;
- d) A revisão da pontuação atribuída ao item Implantação da Gestão, incluindo cronograma para obtenção da acreditação ONA e proposta de implantação de metodologia/modelo de Valor em Saúde;
- e) A revisão da pontuação atribuída ao item Implantação de Processos, com reavaliação dos Procedimentos Operacionais Padrão – POPs apresentados no Plano de Trabalho;
- f) A revisão da pontuação atribuída ao Núcleo de Segurança do Paciente, à Comissão de Gerenciamento de Riscos, ao Comitê Transfusional e à Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar, especialmente quanto aos regimentos, cronogramas, composição, funcionamento, atividades previstas e atuação integrada das instâncias institucionais;
- g) A revisão da pontuação atribuída ao item Qualidade do Atendimento/Acolhimento, considerando os conteúdos apresentados sobre recepção, orientação a usuários e familiares, apoio psicossocial, classificação de risco, protocolos assistenciais e capacitação das equipes;
- h) A revisão da pontuação atribuída ao item Estrutura Diretiva do Hospital, considerando o organograma, a indicação dos profissionais, as qualificações e as competências de cada cargo;
- i) A revisão da pontuação atribuída ao item Implementação e Funcionamento de Outros Serviços, abrangendo Administração Geral, Núcleo Interno de Regulação, manutenção predial, elétrica e hidráulica, manutenção de equipamentos



hospitalares, suprimentos, compras, guarda, distribuição de materiais e critérios de contratação de serviços de apoio;

- j)** A revisão da pontuação atribuída ao item Política de Recursos Humanos, incluindo seleção de pessoal, contrato de trabalho, avaliação de desempenho, combate ao absenteísmo, controle de pessoal, escalas de trabalho, pesquisa de clima institucional e plano de cargos e carreiras;
- k)** A revisão da pontuação atribuída ao item Experiência Anterior em Gestão de Saúde, tanto da entidade quanto dos profissionais da estrutura diretiva, considerando todos os atestados, relatórios, vínculos, currículos e documentos comprobatórios apresentados;
- l)** A revisão da pontuação atribuída à experiência da entidade em unidade com capacidade instalada superior a 100 leitos e atendimento de urgência e emergência 24 horas, com reavaliação dos documentos apresentados e majoração da pontuação correspondente;
- m)** A concessão da pontuação integral cabível em todos os itens impugnados no presente recurso;
- n)** Subsidiariamente, caso a Comissão entenda que algum item não comporta pontuação integral, que seja atribuída pontuação parcial, proporcional ao conteúdo efetivamente apresentado, sendo vedada a manutenção de nota zero quando houver atendimento material, ainda que parcial, do requisito editalício;
- o)** Que eventual manutenção, desconsideração de documentos ou manutenção da desclassificação seja acompanhada de motivação técnica individualizada, com indicação expressa do item avaliado, do documento analisado, da página correspondente e da razão objetiva para o não aproveitamento da pontuação ou para a manutenção da penalidade aplicada;



- p) Por consequência, o afastamento da desclassificação da SBCD, o recálculo da pontuação técnica, a majoração das notas dos itens impugnados, a retificação do resultado da análise técnica e, se necessário, a republicação da classificação.

Termos em que, pede deferimento.

São Paulo/SP, 26 de junho de 2026

DocuSigned by:

Luis Antonio Picerni Herce

64F8CD58A0FC4C1...

Luis Antonio Picerni Herce

Presidente

Angelo Antonio Picolo

OAB/SP 182.375

Assinado por:

Matheus da Silva Faustino

5AF0204F69DB49F...

Matheus da Silva Faustino

OAB/SP 480.347

DocuSigned by:

Ana Paula Metropolo

E31256F9AAF84FC...

Ana Paula Metropolo

OAB/SP 152.867

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 6AFC6292-81B7-81CD-810A-587108BA6C3A

Status: Concluído

Assunto: Complete com a Docusign: RECURSO PROPOSTA TÉCNICA - SB CD.pdf

Envelope fonte:

Documentar páginas: 90

Assinaturas: 3

Certificar páginas: 2

Rubrica: 0

Assinatura guiada: Ativado

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Remetente do envelope:

Matheus da Silva Faustino

Rua Gabriela, 144 - Labienópolis

Garça, SP 17400-000

matheus.faustino@picoloadvogados.com.br

Endereço IP: 200.170.221.242

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Matheus da Silva Faustino

Local: DocuSign

26/06/2026 17:36:22

matheus.faustino@picoloadvogados.com.br

Eventos do signatário

Ana Paula Metropolo

paula.metropolo@picoloadvogados.com.br

Advogada/ Jurídico

SB CD

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Assinatura

DocuSigned by:

Ana Paula Metropolo

E31256F9AAF84FC...

Registro de hora e data

Enviado: 26/06/2026 17:37:08

Reenviado: 26/06/2026 17:41:58

Visualizado: 26/06/2026 17:44:29

Assinado: 26/06/2026 17:44:37

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP:

2804:18:1054:4b93:a8b1:c9e1:7662:f5f1

Assinado com o uso do celular

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através da Docusign

Luis Antonio Picerni Herce

luisherce@sbcdsaude.org.br

Presidente

presidente

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:

Luis Antonio Picerni Herce

64F8CD58A0FC4C1...

Enviado: 26/06/2026 17:37:09

Visualizado: 26/06/2026 17:40:51

Assinado: 26/06/2026 17:40:57

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 181.77.160.11

Assinado com o uso do celular

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através da Docusign

Matheus da Silva Faustino

matheus.faustino@picoloadvogados.com.br

Advogado Júnior

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Assinado por:

Matheus da Silva Faustino

5AF0204F69DB49F...

Enviado: 26/06/2026 17:37:10

Visualizado: 26/06/2026 17:37:28

Assinado: 26/06/2026 17:37:36

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 200.170.221.242

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através da Docusign

Eventos do signatário presencial

Assinatura

Registro de hora e data

Eventos de entrega do editor

Status

Registro de hora e data

Evento de entrega do agente

Status

Registro de hora e data

Eventos de entrega intermediários

Status

Registro de hora e data

Eventos de entrega certificados

Status

Registro de hora e data

Eventos de cópia

Status

Registro de hora e data

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	26/06/2026 17:37:10
Entrega certificada	Segurança verificada	26/06/2026 17:37:28
Assinatura concluída	Segurança verificada	26/06/2026 17:37:36
Concluído	Segurança verificada	26/06/2026 17:44:37
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora