



## 1 – INTRODUÇÃO

Este Relatório de Resultados visa demonstrar o desenvolvimento das atividades previstas no termo de parceria, no período do 01 de fevereiro de 2026 a 31 de março de 2026, com o objetivo de verificar se os resultados pactuados para o período foram alcançados.

Em atendimento ao artigo 32 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018 e ao artigo 48 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, será apresentado, neste relatório, o comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, acompanhado de informações relevantes acerca da execução, de justificativas para todos os resultados não alcançados e de propostas de ação para superação dos problemas enfrentados na condução das atividades. Serão apresentados, ainda, os comprovantes de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária da Oscip.

2 – COMPARATIVO ENTRE AS METAS PREVISTAS E REALIZADAS

QUADRO 1 – COMPARATIVO ENTRE AS METAS PREVISTAS E REALIZADAS<sup>1</sup>

Área Temática	Indicador	Peso (%)	Metas	Resultados
			2º Período Avaliatório 01/02/2026 a 31/03/2026	
1	1.1	30	-	-
	1.2	30	-	-
	1.3	40	-	-

<sup>1</sup> Este Quadro deve conter todos os indicadores pactuados no Programa de Trabalho do Termo de Parceria/Termo Aditivo. Naqueles que não existe meta para o período, as colunas de metas e resultados devem ser preenchidas com “-”.

## 2.1 – Detalhamento dos resultados alcançados:

<b>Área Temática</b>	Capacitações, intervenções físicas e estruturais e melhorias de processos
<b>Indicador</b>	<b>Percentual de capacitações realizadas conforme Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig</b>
<b>Meta</b>	Realização das Capacitações previstas no plano de ação
<b>Resultado</b>	Capacitação realizada

Não há metas previstas no período avaliado, contudo, iniciando o processo de capacitação, durante o 1º Seminário de Enfermagem em Neurocirurgia do Complexo Hospitalar de Barbacena -- Enfermagem como Pilar da Segurança e da Excelência no Cuidado Neurocirúrgico, a colaboradora do INSIDE, Enfermeira da Qualidade Marcela Tameirão Pires ministrou a palestra com o tema: “Registros de Enfermagem na Neurocirurgia: Segurança Assistencial, Rastreabilidade e Responsabilidade Profissional”, destacando a importância da documentação adequada como ferramenta essencial para a qualidade e segurança do cuidado.

A palestra proporcionou a troca de conhecimentos e o alinhamento de práticas, contribuindo diretamente para a qualificação da assistência prestada e para a segurança do paciente, bem como para registro de processos em relação a risco legal e certificação ONA.

### 3 – COMPARATIVO ENTRE OS PRODUTOS PREVISTOS E REALIZADOS

QUADRO 2 – COMPARATIVO ENTRE OS PRODUTOS PREVISTOS E REALIZADOS

Área Temática	Produto	Peso (%)	Término Previsto (dd/mm/aaaa)	Término Realizado (dd/mm/aaaa)	Status
1 Avaliação Diagnóstica para acreditação	1.1 Relatório Inicial de Execução do Termo de Parceria e informações do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo	5	01/12/2025	31/03/2026	1- Plenamente executado dentro do prazo
	1.2 Relatório de auditoria diagnóstica realizada para o Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo	5	01/01/2026	30/04/2026	3 – Não executado
	1.3 Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig	20	01/05/2026	30/10/206	3 – Não executado
	1.4 Pesquisa inicial do clima interno	5	01/03/2026	31/05/2026	3 – Não executado
Acreditação ONA Nível 2 – Acreditado Pleno	2.1 Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo acreditado ONA Nível 2 – Acreditado Pleno	30	01/09/2028	30/11/2028	3 – Não executado

Manutenção da Acreditação ONA	3.1	<b>Pesquisa final de clima interno</b>	5	01/03/2029	31/05/2029	3 – Não executado
	3.2	<b>Manutenção da acreditação ONA 2 no Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo</b>	25	01/06/2029	30/09/2029	3 – Não executado
	3.3	<b>Relatório Final de Execução Integral do Termo de Parceria e Informações do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo</b>	5	01/10/2029	30/11/2029	3 – Não executado

### 3.1 – Detalhamento da realização dos produtos

<b>Área Temática</b>	1 Avaliação Diagnóstica para acreditação
<b>Produto</b>	1.1 Relatório Inicial de Execução do Termo de Parceria e informações do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
<b>Previsão de Término</b>	31/03/2026
<b>Término Realizado</b>	31/03/2026
<b>Status</b>	1- Plenamente executado dentro do prazo

No 2º Período Avaliatório, a execução do **Produto 1.1 – Relatório Inicial de Execução do Termo de Parceria e Informações do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo** ocorreu conforme as diretrizes estabelecidas no Termo de Parceria nº 58/2025, com foco na consolidação de informações estratégicas, assistenciais e organizacionais do HRBJA, além da preparação inicial para as etapas subsequentes do processo de acreditação.

A construção do produto esteve diretamente ancorada na realização do diagnóstico preliminar institucional, conduzido no período de 02/03/2026 a 20/03/2026, em atuação integrada entre a equipe da INSIDE e a consultoria especializada do Grupo Giovanoni, com o objetivo de avaliar o nível de maturidade do sistema de gestão e preparar a instituição para o processo de acreditação.

A execução deste produto foi conduzida de forma estruturada pela equipe técnica da INSIDE, com destaque para a atuação da Enfermeira da Qualidade, responsável por operacionalizar o diagnóstico inicial in loco. Nesse contexto, foi realizado um levantamento sistemático das condições institucionais do hospital, a partir da aplicação de roteiro técnico previamente disponibilizado pela consultoria especializada, permitindo a construção de um diagnóstico preliminar anterior à auditoria diagnóstica formal. A abordagem possibilitou a identificação sistemática de lacunas, riscos e oportunidades de melhoria, atendendo às três funções centrais do diagnóstico: preparação para a avaliação da IAC, identificação de riscos institucionais e direcionamento de ações prioritárias.

Como parte das atividades executadas, foram realizadas visitas a todos os setores da unidade hospitalar, com o objetivo de mapear processos, identificar práticas vigentes e levantar evidências documentais e operacionais. Após essa etapa inicial, foram conduzidas ações de orientação junto aos responsáveis pelas áreas, com foco na preparação para a visita da Instituição Acreditadora Credenciada (IAC), incluindo esclarecimentos sobre requisitos, registros necessários e evidências exigidas no processo de avaliação.

Destaca-se, ainda, a articulação com a gestão do hospital, especialmente na validação, junto à diretoria, dos responsáveis pelas áreas estratégicas. A partir dessa definição, foi possível promover o alinhamento institucional e orientar os profissionais quanto às responsabilidades no processo de acreditação, contribuindo para a organização interna e estruturação das equipes para recebimento da auditoria.

Durante a execução, também foi realizado um processo contínuo de imersão nos fluxos operacionais do hospital, com acompanhamento de atividades e participação em rotinas setoriais, permitindo melhor compreensão dos processos existentes. Essa abordagem possibilitou não apenas o levantamento de informações qualificadas para o relatório, mas também a identificação de fragilidades, especialmente relacionadas à fragmentação dos processos institucionais, que demandaram maior esforço de integração e padronização.

Como resultado desse processo, foi possível estabelecer um diagnóstico consistente do nível de maturidade institucional, evidenciando que a unidade apresenta, de forma geral, estágios iniciais e em desenvolvimento nas principais dimensões avaliadas, com destaque para fragilidades mais acentuadas no sistema de gestão da qualidade e na gestão de processos.

Entre os principais achados relevantes para a execução do produto, destacam-se:

- fragmentação dos processos institucionais, dificultando a visão sistêmica e integrada da organização;
- fragilidade no controle e gestão documental, com ausência de padronização e validação estruturada;
- baixa disseminação das práticas de qualidade e segurança do paciente entre os setores;
- ausência de sistematização na gestão de riscos e monitoramento de indicadores com análise crítica estruturada;
- processos muitas vezes centralizados em pessoas, dificultando a continuidade e a padronização das práticas.

Por outro lado, o diagnóstico também evidenciou fatores positivos que contribuíram significativamente para a execução do produto, tais como:

- existência de documentos institucionais e ferramentas de gestão da qualidade (ex.: Ishikawa, 5W2H);
- presença de indicadores institucionais e reuniões periódicas de monitoramento;
- disponibilidade e engajamento da gestão hospitalar e das equipes;
- abertura institucional para o desenvolvimento do projeto e implementação de melhorias.

No que se refere às decisões e ações adotadas durante a execução, destacam-se:

- definição da metodologia diagnóstica baseada em checklist estruturado e avaliação por domínios;

- priorização da organização de evidências institucionais para atendimento aos requisitos da IAC;
- orientação sistemática das equipes quanto à preparação para auditoria;
- início da estruturação de práticas mínimas de gestão documental, gestão de riscos e monitoramento de ações;

Essas ações foram fundamentais para estruturar um plano inicial de resposta aos riscos identificados, incluindo a definição de prioridades de curto prazo, como a organização do sistema documental, formalização de evidências, consolidação de matriz de riscos e estruturação do setor de qualidade.

Adicionalmente, foi iniciada a coleta de registros fotográficos das condições estruturais e operacionais da unidade, com o objetivo de subsidiar análises comparativas futuras ao longo da execução do projeto, especialmente no que se refere às melhorias decorrentes das intervenções planejadas.

No que se refere aos fatores que impactaram a execução, destacam-se como facilitadores:

- o apoio da gestão hospitalar na validação de responsáveis e no acesso às informações;
- a disponibilidade das equipes em colaborar com o levantamento de dados;
- a utilização de roteiro técnico estruturado para condução do diagnóstico inicial.

Por outro lado, foram identificados como desafios:

- a fragmentação dos processos institucionais, dificultando a consolidação das informações;
- a necessidade de sensibilização e alinhamento das equipes quanto à cultura de qualidade e acreditação;
- o esforço adicional requerido para organização de registros e evidências em algumas áreas.

Quanto aos recursos utilizados, a execução contou com:

- recursos humanos: equipe técnica do INSIDE, com destaque para a profissional de qualidade responsável pela condução do diagnóstico e articulação com as áreas;
- recursos físicos: utilização da infraestrutura do hospital para realização das visitas técnicas, reuniões e coleta de dados;
- recursos operacionais: instrumentos de diagnóstico, registros documentais e evidências fotográficas;
- recursos financeiros: vinculados ao Termo de Parceria, aplicados principalmente no custeio das atividades técnicas e de mobilização das equipes.

Por fim, ressalta-se que o Produto 1.1 foi elaborado em conformidade com os critérios estabelecidos no Termo de Parceria, contemplando as informações assistenciais e institucionais exigidas, bem como evidenciando o diagnóstico inicial do HRBJA. O produto segue submetido à validação do OEP, assegurando sua aderência às diretrizes do projeto #AcreditaFhemig e contribuindo de forma estruturante para as etapas subsequentes do processo de acreditação hospitalar.

## 4 – DA EXECUÇÃO

### 4.1 - REUNIÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Realizada no dia 03 de março de 2026, a reunião teve como objetivo realizar a apresentação institucional do projeto desenvolvido em parceria entre o INSIDE e a FHEMIG, voltado à implantação e fortalecimento de processos de gestão da qualidade, organização institucional e preparação para acreditação hospitalar no Hospital Regional de Barbacena.

O encontro buscou promover o alinhamento inicial com os colaboradores da unidade, apresentar os objetivos estratégicos da parceria, esclarecer o papel das equipes envolvidas e estimular a participação dos diferentes setores no processo de desenvolvimento institucional.

Participaram do encontro 55 colaboradores do Hospital Regional de Barbacena, representando diferentes áreas da instituição, além da equipe técnica do INSIDE responsável pela condução do projeto.

### 4.2 - REUNIÃO DE APRESENTAÇÃO IAC AQIPS E INÍCIO DAS VISITAS DIAGNÓSTICAS DO PROJETO #ACREDITAFHEMIG

A Reunião de Apresentação da IAC AQIPS junto a Direção, Coordenação e Assessores do Regional para início da visita diagnóstica, ocorreu no dia 24 de março de 2026, e teve como objetivo apresentar à Direção, Coordenação e Assessores do Hospital Regional de Barbacena a equipe da empresa parceira INSIDE, bem como a equipe da AQIPS, responsável pela realização da visita diagnóstica no Complexo Hospitalar de Barbacena (CHB), etapa inicial para identificação de melhorias e adequações necessárias ao processo de certificação hospitalar.

A metodologia da avaliação foi apresentada, contemplando análise documental, visitas técnicas aos setores, entrevistas por amostragem, verificação de evidências e avaliação de indicadores de desempenho e segurança do paciente.

Após o alinhamento inicial, foram iniciadas as visitas técnicas nos dias 24 e 25 de março de 2026, marcando o início efetivo da etapa diagnóstica, cujo resultado subsidiará a identificação de conformidades, não conformidades e oportunidades de melhoria, orientando as próximas fases do processo de acreditação hospitalar.

#### **4.3 - CONTRATAÇÃO DE FORNECEDORES ESPECIALIZADOS**

Para viabilizar a execução dos indicadores, o projeto previu a execução de rubricas específicas, conforme pactuado na Tabela 7 – Previsão Detalhada do Fluxo de Gastos Gerais em Regime de Competência, sendo que parte dessas rubricas foi devidamente executada, em razão da necessidade de estruturação técnica e administrativa do projeto.

Desta forma foram realizadas a contratação de fornecedores especializados para atuação direta no projeto. Tais contratações, se deram por meio de processo de seleção pública de fornecedores, observando rigorosamente os parâmetros legais previstos no Regulamento de Compras e Contratações – RCC, bem como os demais normativos e regulamentos aplicáveis, garantindo a legalidade, a transparência, a isonomia e a economicidade dos procedimentos adotados.

Todos os atos de contratação e processos seletivos foram publicados no portal de transparência no site institucional do instituto, no endereço [https://inside.org.br/cat\\_doc/transparencia/](https://inside.org.br/cat_doc/transparencia/).

Segue quadro explicativo com a descrição das contratações concluídas no período:

RUBRICA	Nº EDITAL	FASE	HOMOLOGAÇÃO	ASSINATUR A CONTRATO	FORNECEDOR
Assessoria Jurídica	005/2026	Homologado	23/02/2026	02/03/2026	Thiago Campos Sociedade de Advogados
Assessoria Contábil	006/2026	Homologado	25/02/2026	02/03/2026	CR - Razão Consultoria E Auditoria Contábil S/S
IAC	007/2026	Homologado	18/02/2026	02/03/2026	Qips Acreditação E Soluções Em Saúde Ltda
Consultoria de Gestão da Qualidade	008/2026	Homologado	18/02/2026	02/03/2026	Giovanoni Internacional Ltda

#### 4.4 DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

As contratações realizadas estão previstas no projeto e possuem rubrica própria e relação direta e indispensável com a execução do objeto do Termo de Parceria de Nº 58/2025, conforme descrito abaixo:

**Assessoria Jurídica:** voltada à execução de parceria com OSCIP, incluindo orientação sobre a legislação aplicável; análise de contratos e instrumentos relacionados; suporte jurídico em seleções de fornecedores; interpretação do termo de parceria; apoio na prestação de contas e na gestão de riscos; elaboração de pareceres e manifestações técnicas; assessoramento em demandas de órgãos de controle; orientação em matérias de Direito Sanitário; e acompanhamento de controvérsias administrativas.

**Assessoria Contábil:** manutenção de registros contábeis dos recursos da parceria; elaboração e apresentação de prestações de contas com demonstrações financeiras obrigatórias; controle e inventário de bens adquiridos com recursos públicos; elaboração de rateios de despesas; validação fiscal e trabalhista de fornecedores; e apoio à gestão de pessoal, com fechamento de folha e cumprimento de obrigações como o eSocial.

**IAC:** Prestação de serviços de avaliação para acreditação hospitalar (ONA níveis 1 e 2), incluindo: realização de diagnóstico inicial do hospital; condução da avaliação externa para certificação; e execução da avaliação de manutenção da acreditação.

Abrange atividades como análise documental, visitas técnicas, entrevistas, verificação de processos assistenciais e de gestão, avaliação de indicadores e segurança do paciente, com emissão de relatórios técnicos em todas as etapas.

**Consultoria de Gestão da Qualidade:** Prestação de consultoria em gestão da qualidade para acreditação hospitalar (ONA níveis 1 e 2), incluindo: diagnóstico institucional inicial; coordenação da auditoria diagnóstica; elaboração e acompanhamento do plano de ação para adequação às normas; apoio à implementação de melhorias e padronização de processos; suporte durante a avaliação de certificação; e acompanhamento da manutenção da acreditação.

#### 4.5 SELEÇÃO DE PESSOAL

Em cumprimento ao Plano de Trabalho do Termo de Parceria nº 58/2025, o Instituto INSIDE realizou o processo de seleção pública para a contratação de 01 (um) Enfermeiro e 01 (um) Analista Administrativo.

O processo seletivo foi conduzido em conformidade com as disposições constantes do Capítulo V do Regulamento de Compras e Contratações (RCC-2026-1) da OSCIP, assegurando a estrita observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. As etapas do certame atenderam ao rito estabelecido no art. 29 do referido normativo, compreendendo, de forma sequencial, a fase de publicidade, a análise curricular e a realização de entrevistas técnicas.

Ressalta-se que as contratações efetuadas observaram integralmente os valores previstos na Memória de Cálculo aprovada, não havendo extrapolação orçamentária. Ademais, toda a documentação comprobatória pertinente ao processo, incluindo formulário de abertura de vaga, currículos, registros das entrevistas, certidões de regularidade dos candidatos e autorização da presidência, encontra-se devidamente formalizada e organizada em repositórios digitais individualizados, assegurando a rastreabilidade e a auditabilidade dos atos praticados.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente período avaliatório, a execução do Termo de Parceria evidenciou avanços relevantes, especialmente no que se refere à realização do diagnóstico preliminar institucional e à consolidação de informações estratégicas do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, que passam a subsidiar de forma estruturada as próximas etapas do projeto.

Como oportunidade, destaca-se o aprofundamento do conhecimento institucional proporcionado pelo diagnóstico realizado, o qual permitiu identificar, de forma técnica e sistematizada, o nível de maturidade do sistema de gestão, bem como as principais lacunas e potencialidades do HRBJA. Esse processo fortalece a capacidade de planejamento e direcionamento das ações futuras, permitindo maior assertividade na condução do projeto. Soma-se a isso a continuidade da atuação integrada entre o Instituto e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, fator que contribui diretamente para o fortalecimento da governança, da cultura da qualidade e da preparação para a acreditação.

No que se refere aos riscos, permanecem relevantes aqueles associados à complexidade técnica e operacional do projeto, diante do cenário identificado no diagnóstico preliminar, que evidenciou fragilidades na estruturação do sistema de gestão da qualidade, na integração dos processos institucionais e na sistematização das práticas de gestão. Destacam-se ainda desafios relacionados ao tempo necessário para mobilização das equipes, organização de evidências e internalização das diretrizes de qualidade e segurança do paciente. Tais riscos vêm sendo mitigados por meio de ações estruturadas, com definição de prioridades, orientação contínua às equipes e atuação integrada entre os atores envolvidos.

Para os próximos períodos avaliatórios, as expectativas estão voltadas à continuidade do processo de estruturação institucional, com a entrega do Produto 1.2 – Relatório de auditoria diagnóstica, que permitirá aprofundar a análise iniciada neste

período, bem como à elaboração do Produto 1.3 – Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig, instrumento fundamental para tratamento das não conformidades e implementação das melhorias identificadas. Destaca-se também a realização da Pesquisa inicial de clima interno (Produto 1.4), que contribuirá para o fortalecimento da gestão de pessoas e da cultura organizacional.

Adicionalmente, será iniciado o monitoramento dos indicadores previstos no Termo de Parceria, etapa essencial para acompanhamento sistemático dos resultados, avaliação da efetividade das ações implementadas e suporte à tomada de decisão baseada em dados.

Dessa forma, projeta-se a evolução gradual do nível de maturidade institucional, com a consolidação das ações em andamento, o fortalecimento da governança e a ampliação da capacidade do hospital em atender aos requisitos do processo de acreditação, garantindo maior qualidade, segurança e eficiência na assistência prestada.

**5 – COMPROVANTES DE REGULARIDADE FISCAL, TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA****5.1 – Certificado de Regularidade do FGTS****Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição:** 97.531.894/0001-88  
**Razão Social:** INSIDE - INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE, INOVACAO, DESENV  
**Endereço:** Q ARSE 51 AVENIDA LO 11 34 LOTE 08 / PLANO DIRETOR SUL / PALMAS / TO / 77021-670

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

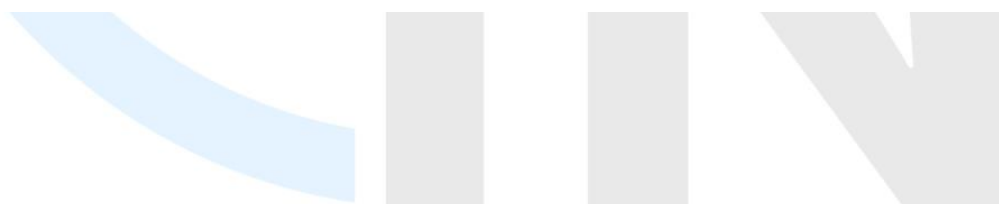
O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 16/03/2026 a 14/04/2026

**Certificação Número:** 2026031603485122954498

Informação obtida em 26/03/2026 11:57:18

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



## 5.2 - CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Página 1 de 1

PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

### CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: INSIDE - INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE, INOVACAO,  
DESENVOLVIMENTO E EDUCACAO (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 97.531.894/0001-88

Certidão n°: 32427965/2026

Expedição: 26/03/2026, às 11:56:26

Validade: 22/09/2026 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **INSIDE - INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE, INOVACAO, DESENVOLVIMENTO E EDUCACAO (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **97.531.894/0001-88**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

#### INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

Dúvidas e sugestões: [cndt@tst.jus.br](mailto:cndt@tst.jus.br)

**5.3 - CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO****MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO****Nome: INSIDE - INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE, INOVACAO, DESENVOLVIMENTO E EDUCACAO**  
**CNPJ: 97.531.894/0001-88**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 16:15:09 do dia 09/03/2026 <hora e data de Brasília>.

Válida até 05/09/2026.

Código de controle da certidão: **7AC7.8A19.2938.CB0A**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

## 5.4 - CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS ESTADUAIS

GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA FAZENDA  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO TRIBUTÁRIA  
DIRETORIA DE GESTÃO DE CRÉDITOS FISCAIS  
COORDENADORIA DA DÍVIDA ATIVA

Número da Certidão

7782758



Validador

01847675227810907863648560975037

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO - PESSOA JURÍDICA

## IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE:

## RAZÃO SOCIAL:

CNPJ : 97.531.894/0001-88

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

## ATIVIDADE ECONÔMICA:

## ENDEREÇO:

MUNICÍPIO: -

## FINALIDADE:

LICITAÇÃO

## HISTÓRICO:

NÃO CONSTA DÉBITO INSCRITO EM DÍVIDA ATIVA

**Fundamentação Legal** - Arts. 65, 66 e 67 da Lei 1288, de 28 de Dezembro de 2001. Fica ressalvado o direito de a Fazenda Pública Estadual, inscrever e cobrar qualquer dívida de responsabilidade do contribuinte acima, que vier a ser apurada.

**Validade** - O prazo de validade da certidão é de trinta dias contado da data da sua emissão.

A autenticidade desta Certidão deverá ser confirmada via Internet, no endereço <http://www.to.gov.br/sefaz>

A Certidão expedida com erro, dolo, simulação ou fraude, responsabiliza, pessoalmente, o servidor que a expediu, pelo crédito tributário, assegurando o direito de regresso.

**Data Emissão:** Quinta-feira, 26 de Março de 2026 - 11h 55m 13s

**Emitida Via INTERNET**

**Atenção:**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Esta certidão está vinculada ao número do CPF, CNPJ ou Inscrição Estadual.

Esta Certidão foi emitida no site da Secretaria da Fazenda do Estado do Tocantins [http:// www.to.gov.br/sefaz](http://www.to.gov.br/sefaz)

## 5.5 - CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS MUNICIPAIS



PREFEITURA DE PALMAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
SUPERINTENDÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA

CERTIDÃO POSITIVA DE DÉBITOS TRIBUTÁRIOS COM EFEITO DE NEGATIVA  
CONTRIBUINTE

CPF/CNPJ: 97.531.894/0001-88

Contribuinte: **INSIDE - INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE, INOVACAO, DESENVOLVIMENTO E EDUCACAO** Inscrição: 2408859

Endereço oficial: **ACSV SE 51, AV. LO 11, LOTE 08, PLANO DIRETOR SUL, PALMAS-TO**

Endereço de correspondência: **504 S - VICINAL, AV. LO 11, Nº 34, PLANO DIRETOR SUL, PALMAS-TO**

Finalidade: **Licitação**

É certificado que, nesta data, constam débitos pendentes em nome da pessoa jurídica acima identificada, relativos a tributos municipais, não sendo impeditivos à emissão desta Certidão. Fica ressalvado o direito de a Fazenda Pública Municipal cobrar e inscrever quaisquer dívidas que vierem a ser apuradas.

Esta Certidão refere-se exclusivamente à situação da pessoa **jurídica** no âmbito da Secretaria de Finanças da Prefeitura Municipal de Palmas.

Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

**Base legal: art. 138 da Lei Complementar nº 285, de 31 de outubro de 2013, c/c art. 205 do Código Tributário Nacional.**

A aceitação da presente Certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na internet, no endereço <http://cnd.palmas.to.gov.br/validar-documento/>, ou em qualquer Agência de Rendas da Secretaria Municipal da Fazenda, através do número identificador e do código de validação logo abaixo:

Numero identificador: 97.531.894/0001-88  
Código de validação: d8264.72381.c52dd-1369337


Palmas, 9 de Março de 2026 às 16:23.

Certidão válida até 8 de Maio de 2026

## DECLARAÇÃO DO DIRIGENTE DA Oscip

Declaro, para todos os fins, que são verídicas todas as informações contidas neste Relatório de Resultados. Acrescento, ainda, que as fontes de comprovação dos indicadores e produtos estão organizadas e arquivadas junto ao Instituto Nacional de Saúde, Inovação, Desenvolvimento e Educação – INSIDE e podem ser consultadas a qualquer momento pela Comissão de Avaliação, por representantes da FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – Fhemig ou representantes de órgãos de controle e auditoria do Governo do Estado de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 31 de março de 2026.

Documento assinado digitalmente  
 **FABIO RENATO DE SOUZA DIEHL**  
Data: 08/04/2026 22:11:22-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Fábio Renato de Souza Diehl**  
Presidente do Instituto Nacional de Saúde, Inovação, Desenvolvimento e Educação