

Termo de Parceria nº 58/2025 celebrado entre a Secretaria de Estado de Minas Gerais e a Instituto Nacional de Saúde, Inovação, Desenvolvimento e Educação - INSIDE

Relatório de Resultados

Nº 3 Período Avaliatório

01 de abril de 2026 a 30 de junho de 2026



FHEMIG[®]
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

1 – INTRODUÇÃO

Este Relatório de Resultados tem por finalidade demonstrar o desenvolvimento das atividades previstas no Termo de Parceria durante o terceiro período avaliatório, compreendido entre 1º de abril de 2026 e 30 de junho de 2026, permitindo verificar o alcance dos resultados pactuados para o período e o andamento das ações relacionadas ao Projeto #Acredita FHEMIG.

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, são apresentados neste relatório o comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, bem como informações relevantes sobre a execução das atividades, justificativas para eventuais resultados não atingidos e as medidas adotadas para superação dos desafios identificados durante a execução do projeto. Também integram este relatório os comprovantes de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária da OSCIP.

Ressalta-se que, a data pactuada para entrega deste Relatório de Resultados ocorreu antes da realização de parte das capacitações previstas para o terceiro período avaliatório. Em razão disso, algumas atividades de capacitação realizadas ao final do período não puderam ser integralmente contempladas na primeira versão apresentada na prestação de contas. Dessa forma, essa versão apresenta a complementação referente às informações faltantes na primeira entrega, contemplando as evidências, relatórios e resultados das capacitações remanescentes.

2 – COMPARATIVO ENTRE AS METAS PREVISTAS E REALIZADAS

QUADRO 1 – COMPARATIVO ENTRE AS METAS PREVISTAS E REALIZADAS¹

Área Temática		Indicador		Peso (%)	Metas	Resultados
					3° Período Avaliatório 01/04/2026 a 30/06/2026	
1	Capacitações, intervenções físicas e estruturais e melhorias de processos	1.1	Percentual de capacitações realizadas conforme Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig	30	18	18
		1.2	Percentual de processos do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo adequados conforme Relatório de Auditoria Diagnóstica e Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig	30	-	8
		1.3	Indicador de intervenção física e estrutural - Eficiência	40	-	-

¹ 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 para o indicador 1.1 Percentual de capacitações realizadas conforme Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig

No terceiro período avaliatório do Projeto #Acredita FHEMIG, compreendido entre os meses de abril e junho de 2026, estava prevista a realização de 18 capacitações voltadas ao fortalecimento das competências técnicas e gerenciais necessárias ao processo de acreditação das unidades participantes.

As capacitações constituem uma das principais estratégias de disseminação do conhecimento, alinhamento metodológico e desenvolvimento das equipes envolvidas, contribuindo para a implementação das práticas e requisitos relacionados à qualidade e segurança assistencial.

A seguir, são apresentadas as capacitações realizadas no período avaliatório, contemplando os temas abordados e as ações desenvolvidas junto às equipes das unidades participantes do Projeto #Acredita FHEMIG.

*As datas grafadas em vermelho passaram por alteração mediante solicitação.

CAPACITAÇÕES REALIZADAS NO 3º PA - PREVISTAS E REALIZADAS											
Tema	Conteúdo	Quantidade de Capacitações Previstas	Data de Planejamento	Carga Horária	Data de Execução	Responsável por ministrar	Equipe Envolvida	Participantes previstos	Participaram	Presença (%)	Observação
Introdução à Acreditação	Conceito de acreditação, níveis ONA, importância	2	07/04/2026	1h30'	07/04/2026	Marcela	Setor de Qualidade/ Núcleo de Risco/ Gestão Estratégica	14	14	100%	

ONA/ Qualidade e Mapa de Processo	institucional. Estrutura e Função do escritório de Qualidade de forma que facilite a visualização de um todo. Como Mapear Processos e ferramentas						Coordenadores e apoios	30	49	163%	
Gerenciame nto de Risco	Aplicabilidade, importância, prática	2	08/05/2026 30/06/2026 (repescagem da capacitação para atingir o público que não pode comparecer na capacitação do fia 08/05/2026.	1h30'	15/04/2026 30/06/2026 (repescage m)	Jéssica Marcela (30/06/2026)	Setor de Qualidade/ Núcleo de Risco/ Gestão Estratégica	14	11	79%	FOI REALIZADA NOVA RODADA NO DIA 30/06/2026 PARA ATINGIR O PÚBLICO QUE NÃO PASSOU PELA CAPACITAÇÃO, ASSIM O PÚBLICO TOTAL FOI DE 11 COLABORADORE S, SENDO 8 NO DIA 08/05/2026 E 3 NO DIA 30/06/2026.
							Coordenadores e apoios	30	30	100%	

Gestão Documental	POP, IT, lista mestra e controle de versão	2	29/04/2026	1h30'	29/04/2026	Marcela	Setor de Qualidade/ Núcleo de Risco/ Gestão Estratégica	14	13	93%	
							Coordenadores e apoios	30	26	87%	
Indicadores Para Setores	Aplicabilidade, importância, prática, Análise de Indicador/ Plano de ação e PDCA	1	*09/06/2026 26/05/2026 (datas alteradas por solicitação) 27/05/2026	3h	27/05/2026	Marcela	Setor de Qualidade/ Núcleo de Risco/ Gestão Estratégica	44	41	93%	
							Coordenadores e apoios				
Interações setoriais	Cadeia Cliente Fornecedor/ RNC	2	08/05/2026 09/06/2026 (datas alteradas por solicitação) 10/06/2026	1h30'	10/06/2026	Marcela	Todos os colaboradores da instituição com foco em gestores	44	41	93%	
Acreditação /Construção da Cultura Organizacional	Acredita Fhemig - Construindo Nossa Cultura	4	23/06/2026	1h30'	A ser realizada	Marcela	Todos os colaboradores da instituição com foco em gestores	60	55	92%	
								60	48	80%	
								60	20	33%	
								60	13	22%	
		4	24/06/2026	A ser realizada	60			61	102%		
					60			60	100%		
					60			11	18%		
					60			8	13%		

Auditoria Interna	Todo a estrutura	1	23/06/2026 (data alterada por solicitação) *19/06/2026(data alterada por solicitação) 25/06/2026	1h30'	A ser realizada	Marcela	Setor de Qualidade/ Núcleo de Risco/ Gestão Estratégica	14	13	93%	
-------------------	------------------	---	--	-------	-----------------	---------	--	----	----	-----	--

* A capacitação de Auditoria Interna programada para o dia 19/06/2026 foi remarcada conforme solicitação apresentada abaixo, a nova data para realização é 25/06/2026:

===== Mensagem encaminhada =====

Data: ter., 16 jun. 2026 07:55:39 -0300
Assunto: RE: Capacitação Inside - Auditoria Interna de Processos
===== Mensagem encaminhada =====

Prezada, bom dia!!

Em virtude de reunião interna da qualidade, solicito mudança do horário da capacitação.

Atenciosamente,

 Profile
Picture

Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade

☐ FHEMIG/CHB/AGEQ/QUALIDADE
Complexo Hospitalar de Barbacena
☐ Avenida XIV de Agosto s/n
Barbacena / MG

Aviso: Esta mensagem pode conter informações confidenciais ou privilegiadas, cujo sigilo é protegido por lei. O uso indevido será tratado de acordo com as políticas de segurança e privacidade da instituição e a legislação vigente. Caso não seja o destinatário pretendido, notifique imediatamente o remetente e exclua o conteúdo da mensagem.

De: Qualidade Barbacena
Enviado: sexta-feira, 12 de junho de 2026 12:54
Para: CHB QUALIDADE

Assunto: Capacitação Inside - Auditoria Interna de Processos

ATENÇÃO: Este e-mail foi enviado por uma pessoa fora da FHEMIG. Não clique em links ou abra os anexos a menos que você confie no remetente. Tome cuidado com prática de Phishing!

Prezados,
Boa tarde!

A Inside, por meio do Projeto Acredita FHEMIG, convida os profissionais da Assessoria Estratégica e Qualidade e Núcleo de Risco para participarem da capacitação: Auditoria Interna de Processos que irá acontecer:

 Data: 19 de junho de 2026
 Horário: 13h30
 Local: Auditório do Museu da Loucura

Contamos com sua presença!

Atenciosamente,

Enfermeira da Qualidade

Instituto Nacional de Saúde, Inovação, Desenvolvimento e Educação
(63) 3142-0466
www.inside.org.br

* A capacitação de Interações Setoriais, Cadeia Cliente Fornecedor e Relato de Não conformidade programada para o dia 09/06/2026 foi remarcada conforme solicitação apresentada abaixo, a data da realização ocorreu em 10/06/2026:

==== Mensagem encaminhada =====

De: CHB QUALIDADE

Para: "qualidade.barbacena"

Data: seg., 08 jun. 2026 15:29:31 -0300

Assunto: Reagendamento de capacitação

==== Mensagem encaminhada =====

Prezada, boa tarde!!

Com cordiais cumprimentos solicito reagendamento da capacitação "Interações Setoriais, Cadeia Cliente Fornecedor e Relato de Não conformidade" que seria ministrada amanhã (09/06/2026), a pedido da direção do CHB, em virtude de evento que ocorrerá no mesmo horário no CHPB, pois será necessária a participação de gestores estratégicos.

Atenciosamente,

 Profile
Picture

Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade

☐ FHEMIG/CHB/AGEQ/QUALIDADE
Complexo Hospitalar de Barbacena
☐ Avenida XIV de Agosto s/n
Barbacena / MG

Aviso: Esta mensagem pode conter informações confidenciais ou privilegiadas, cujo sigilo é protegido por lei. O uso indevido será tratado de acordo com as políticas de segurança e privacidade da instituição e a legislação vigente. Caso não seja o destinatário pretendido, notifique imediatamente o remetente e exclua o conteúdo da mensagem.



2.1.1 - Detalhamento dos resultados alcançados:**TEMA: Capacitação de Introdução à Acreditação ONA, Qualidade e Mapeamento de Processos**

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

A capacitação “Introdução à Acreditação ONA, Qualidade e Mapeamento de Processos” foi realizada em 07 de abril de 2026, no Auditório do Museu da Loucura do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, em parceria entre a FHEMIG e o INSIDE. A atividade foi conduzida pela enfermeira da qualidade Marcela Tameirão Pires e teve como foco apresentar os fundamentos da qualidade em saúde, os níveis de acreditação ONA e ferramentas de mapeamento e gestão de processos.

Síntese da Capacitação

Item	Resultado
Título	Introdução à Acreditação ONA, Qualidade e Mapeamento de Processos
Data	07/04/2026
Local	Auditório do Museu da Loucura – Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
Horários da capacitação	2 horários: 09h30 e 14h30
Número total de participantes	63 participantes
Participantes no período da manhã	14 participantes
Participantes no período da tarde	49 participantes
Adesão ao público-alvo	100% no turno da manhã (previsto 14) e participação acima do previsto no turno da tarde (previsto 30)

Resumo do Tema

A capacitação apresentou os conceitos fundamentais da qualidade em saúde e da acreditação ONA, incluindo os níveis ONA 1, ONA 2 e ONA 3. Também abordou o papel estratégico do setor de qualidade na gestão hospitalar, com destaque para monitoramento

de indicadores, gestão de riscos e auditorias. No campo do mapeamento de processos, foram trabalhadas ferramentas como SIPOC, cadeia de valor, fluxogramas e mapas de processo, demonstrando como essas metodologias contribuem para a padronização, organização e melhoria contínua das atividades assistenciais e administrativas.

Resultados Alcançados

1. Ampliação do conhecimento institucional sobre acreditação e qualidade

Os participantes passaram a compreender melhor os requisitos da ONA e a importância da cultura de qualidade e segurança no ambiente hospitalar.

2. Fortalecimento da visão sistêmica dos processos

A utilização de ferramentas como SIPOC e cadeia de valor favoreceu a compreensão das relações entre setores e dos fluxos de trabalho do hospital.

3. Engajamento multiprofissional

A capacitação reuniu profissionais das áreas administrativa e assistencial, promovendo integração entre equipes e alinhamento em torno dos objetivos do projeto de acreditação.

4. Superação da expectativa de participação

No período da tarde, a capacitação contou com 49 participantes, superando o quantitativo inicialmente previsto de 30 colaboradores, o que demonstra elevado interesse e adesão institucional ao tema.

5. Perspectiva de melhoria contínua

Os conteúdos apresentados reforçaram práticas relacionadas à padronização de processos, gestão documental, monitoramento de indicadores e gestão de riscos, contribuindo para a consolidação de uma cultura de melhoria contínua e segurança do paciente.

Síntese Final

A capacitação alcançou seus objetivos de sensibilizar e preparar as equipes para os princípios da acreditação e da gestão da qualidade, com ampla participação institucional e forte potencial de impacto na organização dos processos e na segurança assistencial do

Hospital Regional de Barbacena. O relatório completo da capacitação segue apresentado no Anexo I.

2.1.2 - Detalhamento dos resultados alcançados:

TEMA: Capacitação de Gerenciamento de Riscos

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

A capacitação “Gerenciamento de Riscos” foi realizada em dois dias, sendo o primeiro no dia 15 de abril de 2026 e uma repescagem realizada no dia 30/06/2026, para atingir os colaboradores que não puderam participar na primeira data. Ambos os dias realizados no Auditório do Museu da Loucura do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, em parceria entre a FHEMIG e o INSIDE. A capacitação na primeira data foi ministrada pela Consultora de Qualidade do Grupo Giovannoni, Jéssica Nogueira, em atuação junto à INSIDE e a segunda data foi realizada pela enfermeira da qualidade Marcela Tameirão Pires. A capacitação teve como foco apresentar promover a compreensão e a incorporação do gerenciamento de riscos como uma ferramenta estratégica essencial para a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde

Item	Resultado
Título	Gerenciamento de Riscos em Saúde
Data	15/04/2026
Local	Auditório do Museu da Loucura – Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
Horários da capacitação	2 horários: 13h30 e 15h00
Número total de participantes	41 participantes
Participantes na primeira data	Para os setores: Setor de Qualidade/ Núcleo de Risco/ Gestão Estratégica: 8 participantes Coordenadores e apoios: 30 participantes
Participantes na segunda data	Repescagem: 3 participantes

Adesão ao público-alvo	Participação de 30 colaboradores no setor de Coordenadores e apoios e participação de 11 colaboradores para Setor de Qualidade/ Núcleo de Risco/ Gestão Estratégica para um público total de 41 colaboradores
-------------------------------	---

Resumo do Tema

A capacitação abordou os fundamentos do gerenciamento de riscos em serviços de saúde, enfatizando a importância da transição de uma cultura reativa para uma cultura preventiva. Foram apresentados conceitos relacionados à identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento de riscos, bem como metodologias e ferramentas aplicáveis à gestão de riscos institucionais. O treinamento também discutiu a aplicação prática dessas ferramentas nos processos assistenciais e administrativos, destacando a importância da padronização, conformidade regulatória e melhoria contínua dos serviços.

Resultados Alcançados

1. **Fortalecimento da cultura de segurança e prevenção**, sensibilizando os profissionais para a importância da gestão de riscos como ferramenta estratégica para a qualidade assistencial.
2. **Capacitação das equipes para identificação e tratamento de riscos**, ampliando o conhecimento sobre metodologias de análise, avaliação e mitigação de riscos nos processos institucionais.
3. **Maior integração entre áreas assistenciais e administrativas**, promovendo uma visão sistêmica dos processos e dos impactos dos riscos na organização.
4. **Superação da meta de participação**, com registro de 49 participantes frente à expectativa inicial de 44 colaboradores.
5. **Disseminação de práticas voltadas à melhoria contínua**, incentivando a prevenção de falhas, o cumprimento das normativas vigentes e a adoção de estratégias para aumento da eficiência operacional e da segurança do paciente.

Síntese Final

A capacitação atingiu seus objetivos ao disseminar conceitos e ferramentas de gerenciamento de riscos entre profissionais de diferentes áreas do hospital, fortalecendo a cultura institucional de prevenção, segurança e qualidade. A participação e o engajamento

dos participantes demonstram o interesse das equipes no tema e contribuem para a consolidação das ações previstas no Projeto #Acredita FHEMIG. Os relatórios completos da capacitação, tanto no dia 15 quanto do dia 30 seguem apresentados no Anexo II.

2.1.3 – Detalhamento dos resultados alcançados:

TEMA: Capacitação de Gestão de Documentos

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

A capacitação “Gestão de Documentos” foi realizada em 29 de abril de 2026, no Auditório do Museu da Loucura do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, em parceria entre a FHEMIG e o INSIDE. A atividade foi conduzida pela enfermeira da qualidade Marcela Tameirão Pires e teve como foco a padronização dos documentos institucionais, promovendo maior organização e uniformidade nos registros, os níveis de acreditação ONA e ferramentas de mapeamento e gestão de processos.

Item	Resultado
Título	Gestão de Documentos
Data	29/04/2026
Local	Auditório do Museu da Loucura – Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
Horários da capacitação	2 horários: 09h30 e 14h00
Número total de participantes	53 participantes (52 colaboradores do CHB e 1 profissional da INSIDE)
Participantes no período da manhã	14 participantes
Participantes no período da tarde	39 participantes
Adesão ao público-alvo	Participação superior à expectativa prevista, com 52 colaboradores do CHB presentes frente à previsão inicial de 44 participantes

Resumo do Tema

A capacitação teve como foco a Gestão de Documentos, abordando conceitos, metodologias e boas práticas voltadas à padronização, controle e rastreabilidade da documentação institucional. Foram apresentados os diferentes tipos de documentos

utilizados na organização, incluindo procedimentos operacionais padrão (POP), processos, políticas institucionais, legislações e registros. Também foram discutidos temas relacionados ao controle de versões, codificação de documentos, listas mestras, matrizes de controle e requisitos documentais exigidos nos processos de acreditação. O treinamento destacou a importância da gestão documental para a segurança do paciente, segurança jurídica institucional, conformidade regulatória e melhoria contínua da qualidade assistencial.

Resultados Alcançados

1. **Fortalecimento da padronização institucional**, promovendo maior uniformidade na elaboração, revisão, aprovação e utilização dos documentos organizacionais.
2. **Ampliação do conhecimento sobre controle documental**, capacitando os participantes quanto ao gerenciamento de versões, rastreabilidade e manutenção de documentos atualizados.
3. **Melhoria da conformidade com os requisitos da acreditação**, reforçando a importância da documentação estruturada para atendimento aos padrões da Organização Nacional de Acreditação (ONA).
4. **Maior conscientização sobre segurança do paciente e segurança jurídica**, demonstrando como registros adequados contribuem para a qualidade assistencial e para a confiabilidade dos processos institucionais.
5. **Elevado engajamento das equipes**, com participação superior à prevista, especialmente entre coordenadores e equipes de apoio, evidenciando o interesse institucional pelo fortalecimento da gestão da qualidade.
6. **Disseminação de boas práticas para auditorias e monitoramento**, contribuindo para a prevenção de não conformidades e para a consolidação da cultura de melhoria contínua no Complexo Hospitalar de Barbacena.

Síntese Final

A capacitação atingiu seus objetivos ao qualificar os profissionais quanto aos princípios e práticas da gestão documental, fortalecendo a organização, a padronização e a rastreabilidade das informações institucionais. A expressiva participação dos colaboradores demonstra o comprometimento das equipes com o aprimoramento dos processos e com os requisitos necessários para o avanço do Projeto #Acredita FHEMIG, contribuindo para o fortalecimento da cultura de qualidade e segurança no Complexo Hospitalar de Barbacena. O relatório completo da capacitação segue apresentado no Anexo III.

2.1.4 – Detalhamento dos resultados alcançados:

TEMA: Capacitação Indicadores, Análise, Plano de Ação e PDCA

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

A capacitação “Indicadores, Análise, Plano de Ação e PDCA” foi realizada em 27 de maio de 2026, no Auditório do Museu da Loucura do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, em parceria entre a FHEMIG e o INSIDE. A atividade foi conduzida pela enfermeira da qualidade Marcela Tameirão Pires e teve como foco a utilização de indicadores como ferramenta de gestão e governança, promovendo a compreensão, análise e aplicação prática dos indicadores institucionais para subsidiar a tomada de decisão, fortalecer a melhoria contínua dos processos, apoiar a gestão da qualidade e contribuir para a segurança do paciente e o atendimento aos requisitos de acreditação.

Item	Resultado
Título	Indicadores, Análise, Plano de Ação e PDCA
Data	27/05/2026
Local	Auditório do Museu da Loucura – Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
Horários da capacitação	1 horário: 08h00 às 11h00
Número total de participantes	45 participantes
Participantes no período da manhã	45 participantes
Participantes no período da tarde	-

A capacitação atingiu seus objetivos ao qualificar os profissionais para a utilização de indicadores como instrumento de gestão e melhoria contínua. O treinamento fortaleceu a capacidade das equipes para monitorar resultados, analisar causas de não conformidades e elaborar planos de ação mais efetivos, contribuindo para o aprimoramento da governança institucional, da qualidade assistencial e da segurança do paciente. A expressiva participação dos colaboradores demonstra o comprometimento das equipes com a cultura da qualidade e com o avanço das ações previstas no Projeto #Acredita FHEMIG. O relatório completo da capacitação segue apresentado no Anexo IV.

2.1.5 – Detalhamento dos resultados alcançados:

TEMA: Capacitação de Interações Setoriais – Cadeia Cliente-Fornecedor e Relato de Não Conformidade (RNC)

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

A capacitação “Interações Setoriais – Cadeia Cliente Fornecedor e RNC” foi realizada em 10 de junho de 2026, no Auditório do Museu da Loucura do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, em parceria entre a FHEMIG e o INSIDE. A atividade foi conduzida pela enfermeira da qualidade Marcela Tameirão Pires e teve como foco capacitar as equipes do Complexo Hospitalar para compreender a integração entre os processos institucionais e fortalecer a cultura de tratamento técnico e colaborativo dos desvios.

Item	Resultado
Título	Interações Setoriais – Cadeia Cliente-Fornecedor e Relato de Não Conformidade (RNC)
Data	10/06/2026
Local	Auditório do Museu da Loucura – Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
Horários da capacitação	1 horário: 13h30
Número total de participantes	44 participantes (43 colaboradores do CHB e 1 profissional da INSIDE)
Participantes no período da manhã	

Participantes no período da tarde	44 participantes
Adesão ao público-alvo	Participação correspondente ao quantitativo previsto para a capacitação, com presença de 43 colaboradores do CHB frente à expectativa de 44 participantes

Resumo do Tema

A capacitação abordou as Interações Setoriais por meio da Cadeia Cliente-Fornecedor (CCF) e o Relato de Não Conformidade (RNC) como ferramentas estratégicas para a gestão da qualidade. Foram trabalhados conceitos relacionados à visão sistêmica dos processos institucionais, demonstrando como cada setor atua simultaneamente como cliente e fornecedor dentro da organização. Também foram apresentados os requisitos para alinhamento das entradas e saídas dos processos, pactos intersetoriais, responsabilidades compartilhadas e mecanismos para fortalecimento da integração entre equipes.

No contexto do Relato de Não Conformidade, foram discutidos os conceitos de identificação, registro, análise e tratamento de desvios, bem como metodologias de investigação de causa raiz, incluindo o Diagrama de Ishikawa e a técnica dos 5 Porquês. O treinamento enfatizou a importância de uma abordagem técnica, padronizada e não punitiva para o tratamento das não conformidades, fortalecendo a cultura de melhoria contínua, segurança e aprendizado organizacional.

Resultados Alcançados

1. **Fortalecimento da integração entre os setores**, ampliando a compreensão dos participantes sobre a interdependência dos processos e a importância das entregas internas para o alcance dos resultados institucionais.
2. **Desenvolvimento da visão sistêmica organizacional**, permitindo que os colaboradores reconheçam seu papel como clientes e fornecedores dentro da cadeia de valor da instituição.
3. **Capacitação para identificação e tratamento de não conformidades**, qualificando as equipes para registrar, analisar e tratar desvios de forma estruturada e baseada em evidências.
4. **Disseminação da cultura justa e não punitiva**, incentivando a comunicação transparente dos problemas e a utilização dos desvios como oportunidades de aprendizagem e melhoria.
5. **Fortalecimento das metodologias de análise de causa raiz**, promovendo o uso de ferramentas como Ishikawa e 5 Porquês para elaboração de ações corretivas mais eficazes e sustentáveis.

6. **Melhoria da qualidade dos registros de não conformidade**, estimulando relatos mais objetivos, técnicos e direcionados à resolução definitiva dos problemas.
7. **Preparação das equipes para os requisitos da acreditação**, reforçando práticas relacionadas à qualidade, segurança do paciente, monitoramento de indicadores e gestão de processos.

Síntese Final

A capacitação atingiu seus objetivos ao fortalecer a compreensão das equipes sobre as interações entre os processos institucionais e a importância da gestão estruturada das não conformidades. O treinamento contribuiu para o desenvolvimento de uma cultura organizacional mais colaborativa, orientada à qualidade, à segurança e à melhoria contínua, além de preparar os profissionais para atuar de forma integrada no processo de acreditação. A expressiva participação de representantes das áreas assistenciais, administrativas e de coordenação demonstra o engajamento institucional com as ações previstas no Projeto #Acredita FHEMIG. O relatório completo da capacitação segue apresentado no Anexo V.

2.1.6 – Detalhamento dos resultados alcançados:

TEMA: Seminário: Acreditação/Construção da Cultura Organizacional

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

O seminário foi realizado nos dias 23 e 24 de junho de 2026, totalizando oito turmas, distribuídas em quatro horários por dia. A capacitação foi realizada no Auditório do Museu da Loucura do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, em parceria entre a FHEMIG e o INSIDE. A atividade foi conduzida pela enfermeira da qualidade Marcela Tameirão Pires. A iniciativa teve como propósito apresentar aos colaboradores os princípios da qualidade em saúde, da segurança do paciente e da acreditação ONA, além de promover o engajamento das equipes na construção da cultura organizacional necessária para o desenvolvimento do Projeto #Acredita FHEMIG.

Item	Resultado
Título	Seminário #Acredita FHEMIG – Construindo Nossa Cultura
Data	23 e 24/06/2026

Local	Auditório do Museu da Loucura – Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
Horários da capacitação	8 horários: 23/06 – 13h00, 14h45, 19h30 e 20h45; 24/06 – 13h00, 14h45, 19h30 e 20h45
Número total de participantes	276 participantes
Participantes no período da tarde	224 participantes (23/06 → 13h00 - 55 participantes) (23/06 → 14h30 - 48 participantes) (24/06 → 13h00 - 61 participantes) (24/06 → 14h30 - 60 participantes)
Participantes no período da noite	52 participantes (23/06 → 19h30 - 20 participantes) (23/06 → 20h45 - 13 participantes) (24/06 → 19h30 - 11 participantes) (24/06 → 20h45 - 8 participantes)
Adesão ao público-alvo	O seminário foi estruturado para contemplar todos os colaboradores do Complexo Hospitalar de Barbacena, sendo alcançado 276 colaboradores. A realização em oito turmas visou ampliar o acesso dos profissionais dos diferentes turnos e setores da instituição. As turmas diurnas alcançaram 93% do público esperado, contudo as turmas noturnas ficaram com média de 22% do público esperado (as justificativas para a baixa adesão são apresentadas abaixo).

Resumo do Tema

O Seminário #Acredita FHEMIG – Construindo Nossa Cultura teve como objetivo sensibilizar os colaboradores do Complexo Hospitalar de Barbacena para o processo de acreditação ONA e fortalecer a cultura institucional voltada à qualidade e à segurança do paciente. Durante o evento foram apresentados os princípios da qualidade em saúde, os níveis da acreditação ONA, os resultados da Auditoria Diagnóstica, os principais desafios

identificados na instituição e as etapas previstas para implantação do Projeto #Acredita FHEMIG.

Também foram abordados temas relacionados à cultura de segurança do paciente, gestão de riscos, melhoria contínua, padronização dos processos, integração entre áreas e protagonismo dos colaboradores na construção de um ambiente assistencial mais seguro, eficiente e humanizado. O seminário enfatizou que a qualidade é responsabilidade de todos os profissionais da instituição, independentemente da área de atuação, promovendo uma visão sistêmica da organização e reforçando o compromisso institucional com a acreditação.

Resultados Alcançados

1. **Sensibilização institucional para o Projeto #Acredita FHEMIG**, promovendo o alinhamento dos colaboradores quanto aos objetivos, etapas e benefícios do processo de acreditação ONA.
2. **Fortalecimento da cultura da qualidade e da segurança do paciente**, disseminando conceitos relacionados à cultura justa, gestão de riscos, melhoria contínua e responsabilidade compartilhada entre todas as áreas da instituição.
3. **Ampla mobilização institucional**, com realização de oito turmas distribuídas entre os períodos da tarde e da noite, permitindo a participação de profissionais das áreas assistenciais, administrativas, clínicas e de apoio, respeitando as características dos diferentes turnos de trabalho.
4. **Transparência quanto ao diagnóstico institucional**, apresentando aos colaboradores os resultados da Auditoria Diagnóstica, os principais requisitos da acreditação e as oportunidades de melhoria identificadas para o Complexo Hospitalar de Barbacena.
5. **Engajamento das lideranças e das equipes**, estimulando o protagonismo dos profissionais na implementação das mudanças necessárias para fortalecimento da governança, dos processos assistenciais e da gestão da qualidade.
6. **Disseminação dos princípios da melhoria contínua**, reforçando a importância do monitoramento de indicadores, da padronização de processos, da notificação de incidentes e da adoção de barreiras de segurança como instrumentos para qualificação da assistência.

7. **Fortalecimento da cultura organizacional**, consolidando uma visão integrada entre as áreas assistenciais e administrativas e preparando a instituição para as próximas etapas do processo de acreditação ONA.

Síntese Final

O Seminário #Acredita FHEMIG – Construindo Nossa Cultura representou um marco importante na implantação do projeto no Complexo Hospitalar de Barbacena, promovendo o alinhamento institucional sobre os princípios da acreditação, da qualidade e da segurança do paciente. A realização de oito turmas permitiu ampliar o acesso dos colaboradores de diferentes áreas e turnos aos conteúdos relacionados ao Projeto #Acredita FHEMIG, com destaque para a expressiva participação das turmas do período diurno.

Nas turmas do período noturno, a participação foi inferior à observada durante o dia, cenário influenciado por fatores operacionais do hospital, como a manutenção do Plano de Contingência do Pronto-Socorro (PCP) – Nível 3, a elevada demanda assistencial, o intenso volume de procedimentos cirúrgicos e as limitações inerentes à liberação das equipes para participação em atividades de capacitação durante o plantão noturno. Esses fatores impactaram a disponibilidade dos profissionais. Sob essa perspectiva, entende-se que a participação alcançada pode ser considerada relevante diante das circunstâncias enfrentadas, evidenciando o esforço dos profissionais que conseguiram se ausentar momentaneamente da assistência para participar da atividade.

Por fim, reforçando seu compromisso com o desenvolvimento institucional e com a disseminação da cultura da qualidade e da segurança do paciente, a Enfermeira da Qualidade da Consultoria Inside adotou uma medida de contingência para ampliar o alcance do conteúdo ministrado, elaborando uma videoaula de aproximadamente 13 minutos, contendo uma síntese dos principais temas abordados no seminário. O material foi disponibilizado aos colaboradores da instituição, possibilitando que um número ainda maior de profissionais tivesse acesso ao conteúdo, minimizando os impactos decorrentes da impossibilidade de participação presencial e reafirmando o compromisso da Consultoria Inside com o fortalecimento da qualidade, da segurança assistencial e do apoio contínuo ao CHB.

De forma geral, o seminário contribuiu para disseminar os conceitos fundamentais da acreditação, fortalecer a cultura de qualidade e segurança do paciente e consolidar as bases necessárias para o desenvolvimento das próximas etapas do Projeto #Acredita FHEMIG, ampliando o entendimento dos colaboradores sobre seu papel na construção de uma

instituição orientada pela melhoria contínua e pela excelência assistencial. O relatório completo da capacitação segue apresentado no Anexo VI.

2.1.7 – Detalhamento dos resultados alcançados:

TEMA: Auditoria Interna

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

A capacitação “Auditoria Interna” foi realizada em 25 de junho de 2026, no Auditório do Museu da Loucura do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, em parceria entre a FHEMIG e o INSIDE. A atividade foi conduzida pela enfermeira da qualidade Marcela Tameirão Pires e teve como foco capacitar as equipes do Complexo Hospitalar utilizar a auditoria interna de processos como ferramenta estratégica para fortalecimento do Sistema de Gestão da Qualidade e preparação para a Acreditação ONA Nível 2.

Item	Resultado
Título	Auditoria Interna de Processos: Estruturação, Monitoramento e Contribuição para a Acreditação ONA Nível 2
Data	25/06/2026
Local	Auditório do Museu da Loucura – Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
Horários da capacitação	1 horário: 10h00
Número total de participantes	13 participantes
Participantes no período da manhã	13 participantes
Participantes no período da tarde	
Adesão ao público-alvo	Participação de 13 dos 14 colaboradores previstos, correspondendo a 92,9% de adesão do público-alvo da Gestão Estratégica, Qualidade e Núcleo de Risco.

Resumo do Tema

A capacitação abordou a Auditoria Interna de Processos como ferramenta estratégica para fortalecimento do Sistema de Gestão da Qualidade e preparação para a Acreditação ONA Nível 2. Foram apresentados os fundamentos da auditoria interna, sua aplicação no monitoramento da conformidade dos processos e sua contribuição para a segurança do paciente, gestão de riscos e melhoria contínua.

O conteúdo contemplou todas as etapas de implantação de um Programa de Auditoria Interna, incluindo planejamento anual, definição de escopo e critérios, elaboração de checklists, coleta de evidências, registro de não conformidades, elaboração de relatórios, desenvolvimento de planos de ação, acompanhamento (follow-up) e avaliação da eficácia das ações implementadas. A metodologia foi estruturada com base no ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), reforçando a auditoria como instrumento permanente de governança, monitoramento e tomada de decisão baseada em evidências. A capacitação foi direcionada especificamente às equipes da Gestão Estratégica, Qualidade e Núcleo de Risco, responsáveis pela condução e monitoramento do Sistema de Gestão da Qualidade da instituição.

Resultados Alcançados

1. **Capacitação das equipes responsáveis pela gestão da qualidade**, qualificando os profissionais para estruturar e executar auditorias internas alinhadas aos requisitos da Organização Nacional de Acreditação (ONA).
2. **Fortalecimento da governança institucional**, por meio da disseminação de metodologias para planejamento, execução, monitoramento e avaliação sistemática das auditorias internas.
3. **Desenvolvimento de competências para identificação e tratamento de não conformidades**, capacitando os participantes para utilização de evidências objetivas, elaboração de relatórios técnicos, análise de causas e acompanhamento da efetividade das ações corretivas.
4. **Disseminação da metodologia PDCA aplicada às auditorias**, reforçando a importância da melhoria contínua, da padronização dos processos e da gestão baseada em indicadores e evidências.
5. **Preparação da instituição para a Acreditação ONA Nível 2**, promovendo maior integração entre os processos de auditoria, gestão de riscos, segurança do paciente e monitoramento da qualidade.

6. **Elevado índice de adesão do público-alvo**, com participação de 13 dos 14 profissionais previstos (92,9%), demonstrando o comprometimento das equipes estratégicas com o fortalecimento do Sistema de Gestão da Qualidade.

Síntese Final

A capacitação atingiu seu objetivo de qualificar as equipes estratégicas do Complexo Hospitalar de Barbacena para a implantação e consolidação de um Programa de Auditoria Interna alinhado aos requisitos da Acreditação ONA Nível 2. A elevada adesão do público-alvo evidencia o comprometimento das áreas de Gestão Estratégica, Qualidade e Núcleo de Risco com o fortalecimento da governança institucional e da cultura de melhoria contínua. Ao proporcionar conhecimentos sobre planejamento, execução e monitoramento de auditorias internas, a ação contribuiu para o aprimoramento dos mecanismos de avaliação dos processos, da gestão de riscos, da segurança do paciente e da tomada de decisão baseada em evidências, fortalecendo as bases para a evolução do Sistema de Gestão da Qualidade no âmbito do Projeto #Acredita FHEMIG. O relatório completo da capacitação segue apresentado no Anexo VII.

2.2 – Detalhamento dos resultados alcançados para o indicador 1.2 Percentual de processos do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo adequados conforme Relatório de Auditoria Diagnóstica e Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig

No terceiro período avaliatório do Projeto #Acredita FHEMIG, compreendido entre os meses de abril e junho de 2026, foram desenvolvidas ações voltadas à adequação e estruturação dos processos institucionais do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, em conformidade com as oportunidades de melhoria identificadas no Relatório de Auditoria Diagnóstica e com as diretrizes estabelecidas pelo Projeto #Acredita FHEMIG.

A adequação dos processos constitui uma estratégia fundamental para o fortalecimento da gestão da qualidade, da segurança assistencial e da conformidade com os requisitos da acreditação, contribuindo para a padronização das atividades, melhoria do desempenho organizacional e fortalecimento da cultura de melhoria contínua.

Considerando que, para o terceiro período avaliatório, não havia sido previsto no plano de ação uma meta quantitativa específica de processos a serem adequados no Plano de Ação vigente, não é possível realizar o comparativo entre quantidade prevista e quantidade executada. Dessa forma, a seguir são apresentados os processos desenvolvidos e adequados

durante o período, evidenciando as ações implementadas e os avanços alcançados no âmbito do Projeto #Acredita FHEMIG.

Contudo, durante o terceiro período avaliatório foram desenvolvidas e/ou revisadas 21 ferramentas de gestão da qualidade e de apoio à acreditação, contemplando as atividades críticas dos mapas de processo e mapas de risco dos sete setores que já haviam realizado suas entregas à equipe da Qualidade do Hospital Regional de Barbacena. Entre os principais instrumentos elaborados ou atualizados destacam-se as matrizes SIPOC, Cadeia Cliente-Fornecedor (CCF), Marco Zero dos processos, ferramentas de Gestão de Riscos, planilha de adesão aos cronogramas da qualidade, metodologia SBAR, matriz de registros, lista mestra de documentos, lista mestra de documentos externos, lista de legislações aplicáveis e auditoria de conformidade legal.

Além disso, foram produzidos 13 documentos de apoio à gestão e ao processo de acreditação, incluindo atas de reuniões, propostas de aprimoramento da auditoria de prontuários, propostas para desenvolvimento da cultura institucional, relato técnico de participação em seminário para disseminação de conhecimento, contribuições para a estruturação dos grupos de trabalho (Squads) e sua organização em macroeixos temáticos, bem como instrumentos de acompanhamento e monitoramento das ações estratégicas. Entre estes, destacam-se a planilha de acompanhamento por macroeixos, o cronograma de análise crítica de indicadores e a consolidação da lista de indicadores para avaliação do novo pacto de gestão.

As ações desenvolvidas contribuíram para o fortalecimento da governança institucional, da gestão documental, da gestão de riscos e do monitoramento de indicadores, promovendo maior padronização dos processos, alinhamento entre as equipes e avanço na implementação das práticas necessárias ao processo de acreditação hospitalar. Abaixo, segue o detalhamento dos resultados alcançados divididos por área de processo trabalhado, bem como nos Anexos VIII, IX e X seguem apresentados os documentos tratados nos dois parágrafos anteriores.

2.2.1 - Detalhamento dos resultados alcançados:

PROCESSO: Desenvolvimento da Estrutura da Qualidade e Acreditação

Área Temática	Capacitações, intervenções físicas e estruturais e melhorias de processos
Indicador	Percentual de processos do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo adequados conforme Relatório de Auditoria Diagnóstica e Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig
Meta	Realização adequações conforme previsto

Resultado	Adequações realizados
------------------	-----------------------

Durante o período, foram desenvolvidas ações voltadas à estruturação e fortalecimento do Sistema de Gestão da Qualidade do Complexo Hospitalar de Barbacena, alinhadas às diretrizes do Projeto Acredita FHEMIG e aos requisitos da metodologia ONA.

Principais processos trabalhados:

- Análise do Relatório de Auditoria Diagnóstica ONA;
- Realização de estudo técnico dos apontamentos identificados pela auditoria;
- Levantamento de oportunidades de melhoria e priorização das ações estratégicas;
- Elaboração de proposta inicial de planejamento para tratamento dos apontamentos identificados;
- Construção da proposta de estruturação dos Grupos Squads para atuação nos macroeixos críticos identificados;
- Definição preliminar de possíveis participantes e áreas estratégicas envolvidas;
- Elaboração e validação de documentos institucionais relacionados ao projeto de acreditação;
- Participação em reuniões de alinhamento com a Gestão Estratégica, Consultoria para definição das etapas do projeto.
- Início do processo de Análise de Contratos terceiros da Fhemig.

2.2.2 - Detalhamento dos resultados alcançados:

PROCESSO: Capacitação e Desenvolvimento Institucional

Área Temática	Capacitações, intervenções físicas e estruturais e melhorias de processos
Indicador	Percentual de processos do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo adequados conforme Relatório de Auditoria Diagnóstica e Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig
Meta	Realização adequações conforme previsto
Resultado	Adequações realizados

Planejamento, elaboração e execução de capacitações voltadas à disseminação da cultura da qualidade, segurança do paciente e preparação para a acreditação.

Capacitações realizadas:

Registro de Enfermagem: Assistência, Segurança e Responsabilidade Legal

- Importância dos registros assistenciais;
- Aspectos legais e regulatórios;
- Rastreabilidade das informações em prontuário;
- Relação entre registros e requisitos da acreditação.

Introdução à Acreditação ONA, Qualidade e Mapeamento de Processos

- Conceitos e níveis de acreditação;
- Estrutura da qualidade institucional;
- Ferramentas de gestão;
- Metodologia de mapeamento de processos.

Gestão Documental

- Estrutura documental;
- POPs, ITs e formulários;
- Controle de versão;
- Lista mestra de documentos.

Indicadores, Análise Crítica, Plano de Ação e PDCA

- Construção e monitoramento de indicadores;
- Ferramentas de análise crítica;
- Elaboração de planos de ação;
- Aplicação do ciclo PDCA.

Interações Setoriais, Cadeia Cliente-Fornecedor e Gestão de Não Conformidades

- Conceito de interação de processos;
- Relação cliente-fornecedor interno;

- Gestão de ocorrências e não conformidades.

2.2.3 - Detalhamento dos resultados alcançados:

PROCESSO: Mapeamento de Processos e Gestão de Riscos

Área Temática	Capacitações, intervenções físicas e estruturais e melhorias de processos
Indicador	Percentual de processos do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo adequados conforme Relatório de Auditoria Diagnóstica e Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig
Meta	Realização adequações conforme previsto
Resultado	Adequações realizados

Foram realizadas reuniões técnicas com diversos setores assistenciais e de apoio visando atualização dos processos institucionais e fortalecimento da gestão de riscos.

Setores envolvidos:

- Apoio Diagnóstico e Terapêutico (ADT); Psicologia; Serviço Social; Nutrição; Terapia Ocupacional; Hotelaria Hospitalar; Segurança do Trabalho;

Principais atividades:

- Revisão das atividades críticas de processos existentes;
- Identificação de interfaces entre setores;
- Levantamento de riscos assistenciais e operacionais;
- Identificação de riscos críticos;
- Discussão de controles existentes e oportunidades de melhoria;
- Apoio à atualização das ferramentas de gestão da qualidade.

2.2.4 - Detalhamento dos resultados alcançados:

PROCESSO: Imersão e Diagnóstico Operacional dos Processos Institucionais

Área Temática	Capacitações, intervenções físicas e estruturais e melhorias de processos
Indicador	Percentual de processos do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo adequados conforme Relatório de Auditoria Diagnóstica e Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig
Meta	Realização adequações conforme previsto
Resultado	Adequações realizados

Com o objetivo de compreender a realidade operacional do hospital e subsidiar as ações de melhoria, foram realizadas atividades de observação, participação e acompanhamento de processos institucionais.

Entre as atividades desenvolvidas destacam-se:

- Participação em reuniões de indicadores;
- Participação em seminários de indicadores;
- Participação em Huddles, Round's institucionais;
- Acompanhamento de reuniões de gestão;
- Conhecimento das ferramentas informatizadas utilizadas na instituição;
- Participação em treinamentos relacionados ao sistema Tasy;
- Levantamento de fluxos e rotinas institucionais.

Essas ações permitiram maior compreensão das fragilidades, potencialidades e oportunidades de integração entre os processos.

2.2.5 - Detalhamento dos resultados alcançados:

PROCESSO: Estruturação dos Indicadores Institucionais

Área Temática	Capacitações, intervenções físicas e estruturais e melhorias de processos
Indicador	Percentual de processos do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo adequados conforme Relatório de Auditoria Diagnóstica e Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig
Meta	Realização adequações conforme previsto
Resultado	Adequações realizados

Atuação junto à Assessoria de Gestão Estratégica e demais áreas para revisão e aprimoramento dos indicadores institucionais.

Principais resultados do processo:

- Elaboração de proposta de estrutura de indicadores;
- Revisão metodológica dos indicadores existentes;
- Construção de matriz de indicadores;
- Reunião de apresentação da proposta à AGEQ;
- Elaboração de atas e registros técnicos;

- Validação preliminar de indicadores estratégicos e operacionais.

2.2.6 - Detalhamento dos resultados alcançados:

PROCESSO: Gestão de Contratos e Serviços Terceirizados

Área Temática	Capacitações, intervenções físicas e estruturais e melhorias de processos
Indicador	Percentual de processos do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo adequados conforme Relatório de Auditoria Diagnóstica e Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig
Meta	Realização adequações conforme previsto
Resultado	Adequações realizados

Levantamento e análise dos contratos considerados críticos para o projeto de acreditação. Realização de reunião com os gestores e setor de contratos, que resultou no processo de elaboração de proposta para construção da Matriz de Gestão de Terceiros, que se encontra em fase de construção e validação.

Atividades executadas:

- Elaboração de cronograma de reuniões com gestores de contratos;
- Reuniões com gerências responsáveis;
- Solicitação e levantamento de contratos vigentes;
- Identificação dos requisitos contratuais relacionados à qualidade e segurança;
- Início da análise documental dos contratos;
- Identificação de oportunidades de monitoramento de desempenho de terceiros.

2.2.7 - Detalhamento dos resultados alcançados:

PROCESSO: Desenvolvimento do Seminário Institucional da Qualidade e Acreditação

Área Temática	Capacitações, intervenções físicas e estruturais e melhorias de processos
Indicador	Percentual de processos do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo adequados conforme Relatório de Auditoria Diagnóstica e Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig
Meta	Realização adequações conforme previsto
Resultado	Adequações realizados

Planejamento e estruturação do Seminário Institucional de Qualidade e Acreditação, que tem como objetivo promover o fortalecimento da cultura da qualidade, segurança do paciente, planejamento estratégico institucional e preparação para a acreditação ONA.

Principais resultados do processo:

- Construção da proposta metodológica do seminário;
- Elaboração do conteúdo programático;
- Desenvolvimento do cronograma de execução;
- Criação dos materiais de divulgação;
- Desenvolvimento de estratégias de sensibilização dos colaboradores;
- Elaboração de proposta de brindes motivacionais;
- Planejamento das turmas e logística de execução.

2.2.8 - Detalhamento dos resultados alcançados:

PROCESSO: Apoio Técnico às Áreas Assistenciais e Administrativas

Área Temática	Capacitações, intervenções físicas e estruturais e melhorias de processos
Indicador	Percentual de processos do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo adequados conforme Relatório de Auditoria Diagnóstica e Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig
Meta	Realização adequações conforme previsto
Resultado	Adequações realizados

Foram realizadas diversas ações de apoio técnico às áreas da instituição, incluindo:

- Revisão da ferramenta de Auditoria Multiprofissional de Prontuário e ferramenta para melhor comunicação na internação cirúrgica "SBAR";
- Análise de requisitos relacionados à classificação de risco e triagem no Pronto Atendimento;
- Elaboração de pareceres técnicos;
- Construção de atas de reuniões estratégicas;
- Apoio às lideranças na definição de ações relacionadas aos apontamentos da auditoria diagnóstica;
- Apoio técnico quanto à Manual ONA e Legislações para a Diretoria e outros líderes;

2.3 – Detalhamento dos resultados alcançados para o indicador 1.3 Indicador de intervenção física e estrutural – Eficiência

Durante o terceiro período avaliatório, compreendido entre abril e junho de 2026, não foram executadas intervenções físicas ou estruturais nas unidades contempladas pelo Projeto #Acredita FHEMIG. Em razão disso, não houve aferição dos subindicadores de desvio de prazo, desvio de custo e desvio de esforço, uma vez que não foram iniciadas obras, reformas, adequações estruturais ou demais intervenções físicas passíveis de mensuração no período.

Apesar da inexistência de execução física, foram desenvolvidas importantes ações preparatórias para viabilizar a futura contratação da empresa responsável pela elaboração dos projetos e execução das intervenções previstas no âmbito do projeto. Nesse contexto, foram realizadas atividades relacionadas à estruturação do processo de seleção, incluindo a elaboração do edital de contratação, análise técnica e revisões do documento.

Ao longo do período, o edital passou por duas atualizações até a consolidação de sua versão final, que foi aprovada pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) em 18 de junho de 2026. Na sequência, em 19 de junho de 2026, foi aprovado o cronograma do processo seletivo, estabelecendo as etapas e prazos para contratação da empresa especializada. A publicação do edital foi programada para 22 de junho de 2026, marcando o início da fase externa do processo de seleção.

Dessa forma, embora não tenham ocorrido intervenções físicas durante o período avaliatório, houve avanço significativo nas etapas de planejamento e preparação necessárias para a futura execução das adequações estruturais previstas pelo Projeto #Acredita FHEMIG. O cronograma aprovado do processo de seleção, apresentado a seguir, evidencia o andamento das ações administrativas e de governança adotadas para garantir a adequada condução das próximas etapas do projeto.

Etapa	Prazo inicial	Prazo final
Publicação do edital	22 de junho de 2026	
Prazo para esclarecimentos	22 de junho de 2026	07 de julho de 2026
Prazo para visita técnica	29 de junho de 2026	03 de julho de 2026
Abertura do prazo para apresentação das propostas	06 de julho de 2026	10 de julho de 2026
Avaliação e julgamento das propostas	13 de julho de 2026	15 de julho de 2026

- Instituto Nacional de Saúde, Inovação, Desenvolvimento e Educação | CNPJ 97.531.894/0001-88

- ACSV-SE 51, Av. LO 11, lote 08, Palmas/TO
- Quadra 5 - Lote 5-A - Bloco F, SAUS, Brasília-DF
- Georgina Business Park, Sala 405, São José do Rio Preto/SP

Publicação do resultado preliminar	16 de julho de 2026	17 de julho de 2026
Apresentação dos documentos de habilitação	20 de julho de 2026	22 de julho de 2026
Publicação do resultado final/ Convocação	23 de julho de 2026	24 de julho de 2026
Prazo para impugnação do resultado e envio de recursos	27 de julho de 2026	31 de julho de 2026
Resultado dos recursos	03 de agosto de 2026	04 de agosto de 2026
Homologação do processo seletivo	05 de agosto de 2026	05 de agosto de 2026

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	1- Plenamente executado dentro do prazo
	1.3 Plano de Ação do Projeto #AcreditaFhemig	20	01/05/2026	30/10/2026	3 – Não executado
	1.4 Pesquisa inicial do clima interno	5	31/03/2027	31/03/2027	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	Pesquisa final de clima interno	5	01/03/2029	31/05/2029	3 – Não executado
	3.2	Manutenção da acreditação ONA 2 no Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo	25	01/06/2029	30/09/2029	3 – Não executado
	3.3	Relatório Final de Execução Integral do Termo de Parceria e Informações do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo	5	01/10/2029	30/11/2029	3 – Não executado

3.1 – Detalhamento da realização dos produtos

Área Temática	1 Avaliação Diagnóstica para acreditação
Produto	1.2 Relatório de auditoria diagnóstica realizada para o Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
Previsão de Término	30/04/2026
Término Realizado	30/04/2026
Status	1- Plenamente executado dentro do prazo

No 3º Período Avaliatório, a execução do **Produto 1.2 – Relatório de auditoria diagnóstica realizada para o 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, para possibilitar um panorama para nortear as etapas subsequentes do processo de acreditação.

A execução do segundo produto consistiu na realização de uma auditoria diagnóstica para elaboração do Relatório de Avaliação/Auditoria Diagnóstica do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, elaborado pela AQIPS, com vistas a subsidiar a trajetória até a acreditação. A execução deste produto teve início com a organização e realização da reunião institucional de abertura, que teve como objetivo apresentar formalmente a IAC AQIPS, bem como alinhar as expectativas, metodologia e etapas do processo de avaliação diagnóstica junto à direção e às lideranças do hospital. Essa etapa foi fundamental para promover o engajamento das equipes, garantindo o entendimento comum sobre o escopo do projeto e os papéis de cada instituição envolvida.

O trabalho foi desenvolvido por meio de avaliação presencial realizada em 24 e 25/03/2026, com devolutiva à alta liderança em 27/03/2026. Ao longo da execução, foram analisados 444 critérios aplicáveis, distribuídos em 32 subseções, com consolidação de evidências, classificação de conformidades, conformidades parciais e não conformidades, além da elaboração de síntese executiva e rota de melhoria para o hospital.

A entrega do produto foi viabilizada pela atuação de equipe avaliadora multidisciplinar, pela análise técnica de documentos e processos institucionais e pela realização de observações e validações junto às áreas assistenciais, administrativas e de apoio. O relatório demonstra que a execução demandou levantamento abrangente sobre governança, jornada do paciente, segurança assistencial, gestão de pessoas,

infraestrutura, suprimentos, cadeia medicamentosa, apoio diagnóstico e terapêutico, documentação e gestão de riscos.

Como fatores que dificultaram a entrega dos resultados esperados, destaca-se a elevada criticidade institucional identificada, com predominância de não conformidades (70,7%), especialmente em temas estruturantes como liderança organizacional, gestão por processos, segurança do paciente, apoio diagnóstico e terapêutico, infraestrutura física, padronização de rotinas e rastreabilidade documental. Também foram apontadas necessidades relevantes de adequação estrutural, como melhorias em áreas críticas, qualidade da água e do ar, centro cirúrgico, CME, acessibilidade, sinalização e condições de circulação segura, o que reforça que parte importante das ações subsequentes depende de intervenções organizacionais e físicas de maior porte.

Entre as principais ações realizadas durante a execução, destacam-se a leitura técnica dos critérios ONA aplicáveis, a consolidação da matriz de classificação, a identificação das fragilidades por subseção, a emissão de comentários direcionadores e a formulação de recomendações para o plano de melhoria institucional. O produto também apresentou uma síntese executiva final, com priorização das frentes críticas e indicação de medidas para curto, médio e longo prazo, incluindo governança, protocolos, auditorias internas, gestão de riscos, qualificação de registros, fortalecimento da educação permanente e adequações de infraestrutura.

No que se refere aos fatores que auxiliaram a execução, destacam-se:

- o engajamento da alta gestão e das lideranças do hospital;
- o alinhamento prévio realizado com as equipes quanto aos objetivos da avaliação;
- a atuação integrada entre INSIDE, consultoria especializada e IAC;
- a disponibilidade dos profissionais para participação nas entrevistas e apresentação de evidências.

Por outro lado, foram identificados alguns desafios durante a execução, tais como:

- a necessidade de organização e consolidação de documentos em curto espaço de tempo;

- a heterogeneidade na maturidade dos processos entre os setores;
- a limitação de padronização de registros e evidências institucionais, o que demandou apoio adicional às equipes durante a avaliação.

Diante desse contexto, foram adotadas decisões e ações estratégicas, incluindo:

- coordenação prévia da agenda de visitas e definição dos setores prioritários;
- orientação contínua às equipes sobre os critérios de avaliação e organização de evidências;
- suporte técnico durante as visitas para esclarecimento de dúvidas e mediação entre avaliadores e equipes;

Quanto aos recursos utilizados, a execução contou com:

- **recursos humanos:** participação da equipe técnica da OSCIP, consultores especializados, avaliadores da IAC, além das equipes assistenciais e administrativas do hospital;
- **recursos físicos:** infraestrutura do hospital para realização das reuniões, entrevistas e visitas técnicas;
- **recursos operacionais:** documentos institucionais, registros assistenciais, indicadores e demais evidências analisadas durante a avaliação;
- **recursos financeiros:** vinculados ao Termo de Parceria, destinados à execução das atividades técnicas e suporte ao processo avaliativo.

Por fim, destaca-se que a execução deste produto se trata de um alicerce para o avanço do projeto, uma vez que a realização da avaliação diagnóstica constitui etapa fundamental para identificação de conformidades e não conformidades, subsidiando a elaboração do plano de ação e direcionando as intervenções necessárias para evolução do hospital no processo de acreditação.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O terceiro período avaliatório do Projeto #Acredita FHEMIG foi marcado pela continuidade da implementação das ações voltadas ao fortalecimento da gestão da qualidade e à preparação do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo para o processo de acreditação. No período, observou-se avanço na estruturação dos processos institucionais, na realização de capacitações, no início do desenvolvimento de ferramentas de gestão, na consolidação da governança e na implementação das ações previstas no plano de trabalho, evidenciando a evolução gradual da maturidade institucional.

Como principal oportunidade identificada, destaca-se o fortalecimento da integração entre as equipes assistenciais e administrativas, impulsionado pelas ações de capacitação, pela atuação conjunta entre o INSIDE e a FHEMIG e pelo início do desenvolvimento de instrumentos de gestão que passarão a subsidiar de forma mais estruturada a tomada de decisão. A continuidade da implantação dos processos de qualidade, da gestão de riscos, do monitoramento de indicadores e da padronização documental cria condições favoráveis para a consolidação de uma cultura institucional orientada pela melhoria contínua e pela segurança do paciente.

No que se refere aos riscos identificados durante a execução do Termo de Parceria, permanece como principal desafio a elevada complexidade operacional de um hospital de referência, cuja dinâmica assistencial, em determinados momentos, impõe limitações à participação dos profissionais em atividades de capacitação e desenvolvimento institucional. Essa situação foi evidenciada durante a realização do Seminário #Acredita FHEMIG – Construindo Nossa Cultura, quando se verificou menor adesão às turmas realizadas no período noturno.

A análise das evidências demonstrou que esse resultado esteve diretamente relacionado ao contexto assistencial vivenciado pela instituição nos dias do evento. Durante toda a semana, o Hospital permaneceu em Plano de Contingência do Pronto-Socorro (PCP) – Nível 3, em razão da superlotação do Pronto Atendimento, exigindo intensa mobilização das equipes assistenciais e priorização do atendimento aos pacientes. Paralelamente, registrou-se elevado volume de procedimentos cirúrgicos, impactando diretamente as equipes do Bloco Cirúrgico, da Central de Material e Esterilização (CME) e demais setores de apoio diagnóstico e terapêutico. Soma-se a esse cenário o quantitativo de profissionais escalados para assistência direta nas unidades

críticas durante o período noturno, circunstância que restringiu a possibilidade de afastamento das equipes para participação nas capacitações.

Importante ressaltar que o INSIDE adotou todas as medidas sob sua governabilidade para favorecer a participação dos colaboradores, incluindo divulgação antecipada das atividades, envio de convites por diferentes canais institucionais, alinhamento com as lideranças, mobilização da Educação Continuada, reforço presencial nos setores antes do início das turmas noturnas e oferta de múltiplos horários ao longo de dois dias consecutivos. Ainda assim, fatores inerentes à continuidade da assistência hospitalar prevaleceram, demonstrando que a menor adesão observada decorreu das condições operacionais da instituição e não de falhas no planejamento das ações.

Como medida adicional para ampliar o alcance da capacitação e mitigar os impactos decorrentes da impossibilidade de participação presencial de parte das equipes, foi elaborada pela Enfermeira da Qualidade do INSIDE uma videoaula contendo uma síntese dos principais conteúdos abordados no seminário, disponibilizada posteriormente aos colaboradores da instituição. Essa iniciativa reforça o compromisso da equipe do projeto com a disseminação do conhecimento e com a democratização do acesso às ações de educação permanente.

Outro aspecto observado durante a execução das capacitações refere-se ao processo de registro das listas de presença. Em algumas atividades verificou-se que a grafia de determinados nomes e assinaturas dificultava a correta identificação dos participantes, situação que poderia comprometer a rastreabilidade dos registros. Como tentativa inicial de mitigação, passou-se a encaminhar, juntamente com os convites das capacitações, um formulário eletrônico (Google Forms) para confirmação de presença. Entretanto, a estratégia não apresentou adesão satisfatória por parte dos colaboradores. Diante desse cenário, para as próximas capacitações, será implantada uma nova sistemática de controle de presença, passando a ser realizado registro ativo dos participantes no momento da chegada às capacitações. A colaboradora do INSIDE, Mara, passará a conferir presencialmente a identificação dos colaboradores, registrando seus nomes e acompanhando simultaneamente a assinatura da lista de presença. Essa medida aumentará a confiabilidade dos registros, reduzindo inconsistências de identificação e fortalecendo os mecanismos de controle das evidências produzidas durante a execução do projeto.

Para os próximos períodos avaliatórios, as expectativas concentram-se na continuidade da implementação do Produto 1.3 - Plano de Ação, na execução das

adequações dos processos institucionais, no fortalecimento da governança clínica e organizacional e na evolução das ações preparatórias para as intervenções físicas previstas no Projeto #Acredita FHEMIG. Espera-se, ainda, consolidar a aplicação das metodologias de melhoria contínua, ampliar o engajamento das equipes e fortalecer os mecanismos de monitoramento, auditoria interna e gestão por indicadores, promovendo avanços consistentes na preparação institucional para o processo de acreditação.

De forma geral, os resultados alcançados neste terceiro período avaliatório demonstram a continuidade da evolução do projeto e o comprometimento das instituições parceiras com o fortalecimento da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da governança institucional. As oportunidades identificadas, aliadas às medidas de mitigação adotadas para enfrentamento dos desafios observados, contribuem para ampliar a capacidade do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo de atender aos requisitos da acreditação, assegurando maior sustentabilidade às melhorias implementadas e fortalecendo a cultura de excelência na gestão e na assistência.

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: 01/07/2026 a 30/07/2026

Certificação Número: 2026070104585122954470

Informação obtida em 01/07/2026 16:30:59

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: 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: cnst@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

8136093



Validador

55924908066745850705106540170555

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: Quarta-feira, 1 de Julho de 2026 - 16h 32m 07s

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>

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: Cadastro em Órgão Público

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:

Número identificador: 97.531.894/0001-88
Código de validação: 2f520.98947.e794c-1399060

Palmas, 8 de Maio de 2026 às 06:36.

Certidão válida até 7 de Julho de 2026

Prefeitura Municipal de Palmas

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, 02 de julho de 2026.

Fábio Renato de Souza Diehl

Presidente do Instituto Nacional de Saúde, Inovação, Desenvolvimento e Educação