

**ESTADO DE MINAS GERAIS****FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS****Presidência**

Processo SEI nº 2270.01.0008357/2022-05

Processo de seleção pública de entidade sem fins lucrativos, qualificada ou que pretenda qualificar-se como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - Oscip no Estado de Minas Gerais, para celebrar termo de parceria com objeto de gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços necessários para a obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede Fhemig no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig, incluindo ações de treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.

Conforme definido neste Edital e seus Anexos.

EDITAL FHEMIG PARA TERMO DE PARCERIA Nº 02/2022**Processo de seleção pública para celebração de termo de parceria**

A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – Fhemig, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 7.088, de 03 de outubro de 1977 e pelo Decreto nº 47.852 de 31 de janeiro de 2020 e, considerando o disposto na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e no Decreto Estadual nº 47.553, de 2018, torna pública a abertura de Edital para recebimento de propostas de entidades sem fins lucrativos interessadas em participar de processo de seleção pública para celebração de termo de parceria, doravante denominadas PROPONENTES.

1. DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

1.1. O presente processo de seleção pública para celebração de termo de parceria obedecerá às exigências constantes na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e no Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, bem como as condições fixadas neste Edital e nos respectivos Anexos que o compõem.

1.2. Este Edital encontra-se disponível no sítio eletrônico da Fhemig, no seguinte endereço: <http://www.fhemig.mg.gov.br/oscip>.

1.3. É dispensável a prévia qualificação da PROPONENTE como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - Oscip no Estado de Minas Gerais para a participação no presente processo de seleção pública.

1.3.1. A PROPONENTE mais bem classificada no processo de seleção pública deverá estar qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público para a celebração do termo de parceria.

1.3.2. Caso a PROPONENTE mais bem classificada no processo de seleção pública não tenha qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, deverá encaminhar requerimento de qualificação para a Seplag, conforme procedimentos previstos na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e no Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

1.5. É dispensável a prévia inscrição da atividade econômica “Serviços de engenharia”, da Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE, para a participação no presente processo de seleção pública. A PROPONENTE mais bem classificada no processo de seleção pública deverá comprovar essa previsão no seu CNPJ, ou de atividade similar compatível com as responsabilidades previstas no objeto do termo de parceria, para a celebração do instrumento.

1.6. As PROPONENTES assumem todos os eventuais custos relativos à preparação e apresentação das respectivas propostas e o Estado de Minas Gerais e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais não serão, em nenhum caso, responsáveis por arcar ou ressarcir esses custos.

1.7. Ao encaminhar a proposta, a PROPONENTE se compromete com a autoria, com a veracidade e autenticidade das informações apresentadas, podendo ser desclassificada e responsabilizada a qualquer momento, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação pertinente, caso seja constatada a imprecisão ou falsidade de informações ou documentos apresentados.

1.8. O julgamento da documentação enviada pelas PROPONENTES será conduzido por comissão julgadora composta pelos representantes da Fhemig designados na PORTARIA PRESIDENCIAL Nº 2.257, DE 26 DE AGOSTO DE 2022, publicada no Diário Oficial dos Poderes do Estado, e suas alterações posteriores.

1.9. Qualquer modificação no Edital exige alteração do seu texto original, por meio de retificação do documento publicado no sítio eletrônico da Fhemig.

1.10. Integram o presente Edital, para todos os efeitos legais:

- a) ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA;
- b) ANEXO II – CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS;
- c) ANEXO III – CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA;
- d) ANEXO IV – MINUTA DO TERMO DE PARCERIA E SEUS ANEXOS;
- f) ANEXO V – ATESTADO DE VISITA TÉCNICA;
- g) ANEXO VI – FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA.

2. DO OBJETO, VALOR E VIGÊNCIA

2.1. Este Edital tem por objeto selecionar a melhor proposta apresentada pelas PROPONENTES no presente processo de seleção pública para celebração de termo de parceria com a Fhemig com o objetivo de gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços necessários para a obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede Fhemig no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig, incluindo ações de treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.

2.2. A especificação técnica das atividades e serviços de interesse público a serem desenvolvidos pelo termo de parceria oriundo do presente processo de seleção pública está descrita no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

2.3. Os critérios para análise e julgamento dos documentos encaminhados pelas PROPONENTES neste processo de seleção pública estão descritos no ANEXO II – CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS.

2.4. A minuta do termo de parceria oriundo do presente processo de seleção pública está apresentada no ANEXO IV – MINUTA DO TERMO DE PARCERIA E SEUS ANEXOS.

2.5. O valor total estimado a ser repassado pela Fhemig por meio do termo de parceria é de **R\$ 32.253.229,22 (trinta e dois milhões, duzentos e cinquenta e três mil, duzentos e vinte e nove reais e vinte e dois centavos)**, conforme condições previstas no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

2.6. A despesa decorrente do termo de parceria a ser celebrado a partir do presente Edital está prevista na ação orçamentária do Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG – 2020-2023 correspondente ao Programa 099 - Execução descentralizada e autônoma das ações e serviços de saúde, Ação: 4263 - Desenvolvimento das ações de saúde no âmbito da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-Fhemig. Para os exercícios subsequentes, faz-se necessária a previsão e atualização no PPAG e na DCO baseada na Lei Orçamentária Anual – LOA, quando da abertura dos novos exercícios financeiros contemplados pela execução do contrato de gestão.

2.7. A vigência do termo de parceria a ser celebrado será de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação do seu extrato no Diário Oficial dos Poderes do Estado, podendo ser prorrogada até o limite máximo de 5 (cinco) anos.

2.7.1. A prorrogação do termo de parceria dependerá do atendimento ao interesse público e aos procedimentos e requisitos previsto na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e nos seus regulamentos.

2.8. A Fhemig poderá celebrar termos aditivos ao termo de parceria, sem nova seleção pública de entidade sem fins lucrativos, nas hipóteses previstas no § 3º do art. 22 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018.

2.9. O processo de seleção pública para celebração de termo de parceria definido neste Edital terá validade de 01 (um) ano, prorrogável por igual período, contada a partir da publicação do respectivo resultado no Diário Oficial dos Poderes do Estado.

3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

3.1. A PROPONENTE deverá apresentar os seguintes documentos, para fins classificatórios, conforme previsto no ANEXO II – CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS:

- a) Formulário do Sistema Eletrônico de Informações – SEI, denominado “Formulário de envio de proposta”, conforme critério 1.1 descrito no Anexo II deste edital;
- b) Balanço Patrimonial do último exercício disponível da entidade, já exigíveis e apresentados na forma da lei, conforme critério 2.1 descrito no Anexo II deste edital;

3.2. A PROPONENTE poderá apresentar os seguintes documentos, para fins de pontuação, conforme previsto no ANEXO II – CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS:

a) Documentos gerais de comprovação de experiência: acordos de cooperação técnica, contratos, contratos de gestão, convênios, termos de colaboração, termos de fomento, termos de parceria, ou instrumentos jurídicos congêneres.

a.1) Todos os documentos previstos na “alínea a” deverão ser celebrados entre um órgão signatário, seja este público ou privado, e a PROPONENTE.

a.2) Os documentos previstos na “alínea a” serão aceitos, para fins de comprovação de experiência, apenas quando acompanhados da comprovação de sua execução e regularidade, mediante apresentação de um dos documentos abaixo:

a.2.1) comprovante da aprovação da prestação de contas;

a.2.2) relatórios parciais de execução, monitoramento ou de avaliação, caso previstos na legislação específica do instrumento jurídico apresentado, emitidos pelo órgão público competente ou pela parte signatária dos instrumentos jurídicos apresentados;

a.2.3) declaração ou atestado de execução e regularidade, emitido pelo órgão público competente ou pela parte signatária dos instrumentos jurídicos apresentados

a.3) Os documentos de comprovação de experiência deverão observar os requisitos do(s) respectivo(s) critério(s) constante(s) no “ANEXO II - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS”.

a.4) Deverão ser apresentadas cópias dos documentos originais formalizados e suas alterações. Não serão aceitos, para fins de comprovação de experiência, termos aditivos desacompanhados dos instrumentos originais.

b) Comprovação de isenção/imunidade tributária por documento específico emitido pelo poder público ou decisão judicial transitada em julgado que assegure o gozo de imunidade ou isenção em relação às contribuições para a seguridade social, conforme critério 3.1 descrito no Anexo II deste edital;

c) Comprovação de obtenção de acreditação para instituição própria, sob gestão da PROPONENTE ou para terceiros, acompanhada de comprovação de que a instituição esteve sob sua gestão no momento da acreditação ou que o serviço foi prestado a terceiros, conforme critério 3.2 descrito no Anexo II deste edital;

d) Comprovação de obtenção de certificação de qualidade para instituição própria, sob a gestão da PROPONENTE ou para terceiros, acompanhada de comprovação de que a instituição esteve sob sua gestão no momento da certificação ou que o serviço foi prestado a terceiros, conforme critério 3.3 descrito no Anexo II deste edital;

e) Comprovação de manutenção da acreditação ou recertificação para instituição própria, sob gestão da PROPONENTE ou para terceiros, acompanhada de comprovação de que a instituição esteve sob sua gestão no momento da manutenção da acreditação ou recertificação ou que o serviço foi prestado a terceiros, conforme critério 3.4 descrito no Anexo II deste edital;

f) Comprovação de manutenção ou renovação de certificação de qualidade para instituição própria, sob a gestão da PROPONENTE ou para terceiros, acompanhada de comprovação de que a instituição esteve sob sua gestão no momento da manutenção ou renovação da certificação de qualidade ou que o serviço foi prestado a terceiros, conforme critério 3.5 descrito no Anexo II deste edital;

g) Comprovação da excelência reconhecida em gestão da qualidade, conforme critério 3.7 descrito no Anexo II deste edital;

h) Comprovação de experiência na execução de estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos, conforme critério 3.8 descrito no Anexo II deste edital.

3.3. Todos os documentos previstos nos itens 3.1, 3.2 e no Anexo II deste Edital deverão ser legíveis, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, na língua portuguesa ou traduzidos, contendo todos os elementos exigidos neste Edital e poderão ser encaminhados em cópia simples, reservado à comissão julgadora o direito de exigir os originais para fins de cumprimento de diligências ou quaisquer verificações.

3.3.1. Caso a Comissão Julgadora entenda ser necessário solicitar para a proponente a realização de diligências complementares, o pedido deverá ser realizado no processo de recebimento da proposta via Sistema Eletrônico de Informações - SEI-MG e a proponente deverá atender ao pedido no prazo de até 2 (dois) dias úteis.

3.4. Os documentos previstos no item 3.2 deverão ter expressamente a PROPONENTE como parte signatária, qualificada, certificada, titulada, responsável pela informação ou a PROPONENTE deverá comprovar a gestão da instituição ou responsabilidade pelas atividades a que se refere a documentação, conforme especificação nos critérios para avaliação das propostas.

4. DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

4.1. Poderão participar do processo de seleção pública para celebração de termo de parceria quaisquer entidades sem fins lucrativos, exceto aquelas que:

a) estejam em cumprimento de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração pública estadual, por prazo não superior a dois anos;

b) estejam declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a administração pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, o que ocorrerá sempre que o contratado ressarcir a administração pública pelos prejuízos causados e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior;

c) tenham pendências na prestação de contas de instrumento anteriormente firmado com a administração pública.

d) tenham perdido a qualificação como Organização da sociedade Civil de Interesse Público do Estado de Minas Gerais pelas hipóteses previstas nos incisos I a IV do art. 14 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, enquanto perdurar o impedimento de que trata o § 2º do art. 14 da mesma lei.

e) sejam enquadradas nas hipóteses do art. 8º e no parágrafo único do art. 10 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018.

4.2. A entidade sem fins lucrativos que não possui o título de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público do Estado de Minas Gerais poderá requerê-lo a qualquer momento à Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão - Seplag, observado o disposto no item 10 deste Edital e conforme dispõe a Lei Estadual nº 23.081, de 2018 e o Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

4.2.1. A entidade vencedora do processo de seleção pública deverá estar qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público em Minas Gerais no momento da celebração do termo de parceria.

4.3. Na hipótese da entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública ser sediada em outro Estado da federação, será obrigatória a constituição de filial, sediada em Minas Gerais, para execução do termo de parceria.

4.4. O formulário do Sistema Eletrônico de Informações – SEI denominado “Formulário de envio de proposta”, previsto no item 3.1.a deste Edital, contém declaração de que a PROPONENTE não se enquadra em nenhum dos impedimentos previstos no item 4.1 deste Edital. Assim, ao assinar o Formulário e enviar sua proposta a entidade se compromete com essa informação, podendo ser desclassificada e responsabilizada a qualquer momento, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação pertinente, caso seja constatada a imprecisão ou falsidade da declaração apresentada.

4.5. Previamente à celebração do termo de parceria, a Fhemig deverá realizar consulta ao Sistema Integrado de Administração Financeira - SIAFI-MG, ao Cadastro Informativo de Inadimplência em relação à Administração Pública do Estado de Minas Gerais- CADIN-MG, ao Cadastro de Fornecedores Impedidos de Licitar e Contratar com a Administração Pública Estadual - CAFIMP, ao Cadastro de Entidades Privadas Sem Fins Lucrativos Impedidas - CEPIM, ao Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS - e ao Cadastro Nacional de Empresas Punidas - CNEP - para verificar se a entidade sem fins lucrativos vencedora do certame se enquadra em hipótese de impedimento à formalização do termo de parceria.

4.6. Caso a situação de impedimento ocorra posteriormente ao processo de seleção pública ou o impedimento seja verificado na consulta prevista no item 4.5, a proponente poderá ser desclassificada, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação pertinente.

5. DA PUBLICIDADE DO EDITAL, PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS E IMPUGNAÇÃO AO INSTRUMENTO CONVOCATÓRIO

5.1. O prazo para publicidade do Edital é de 15 (quinze) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data da publicação do extrato deste instrumento jurídico no Diário Oficial dos Poderes do Estado.

5.2. Durante o prazo para publicidade deste Edital as PROPONENTES se obrigam a examinar cuidadosamente todos os documentos constantes neste Edital.

5.3. As PROPONENTES interessadas em participar do certame poderão realizar visita técnica às unidades de saúde objeto do presente Edital, em pelo menos uma das datas e horários previstos pela Fhemig no

ANEXO III – CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA, tomando pleno conhecimento de todas as ações, condições locais e infraestrutura imprescindíveis para a execução do objeto do termo de parceria.

5.3.1. Poderão realizar a visita técnica somente os interessados que realizarem agendamento prévio, sendo permitido apenas 1 (um) PROPONENTE por horário disponibilizado, a ser definido por ordem de agendamento.

5.3.2. Os interessados deverão efetuar o agendamento pelo e-mail parceria@fhemig.mg.gov.br, até às 12h do dia anterior à data da visita, informando nome da PROPONENTE interessada, CNPJ, Endereço, o nome completo do representante, CPF, função/cargo na instituição e a data e horário que pretende realizar a visita técnica. Caso não exista vaga na data e horário escolhidos, a Fhemig informará a disponibilidade de agenda à PROPONENTE interessada, para escolha de um novo agendamento conforme datas e horários previstos no ANEXO V do Edital ou conforme item 5.3.4.

5.3.3. Na ocasião da visita técnica, o representante da PROPONENTE não poderá solicitar esclarecimentos. Para a realização de quaisquer questionamentos deverá ser utilizado o procedimento para pedidos de esclarecimentos previsto no item 5.4 deste Edital, dentro do prazo estabelecido.

5.3.4. Caso o número de PROPONENTES interessadas ultrapasse o número total de vagas disponibilizadas no ANEXO V – CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA, a Fhemig poderá abrir datas e horários extras, mediante aviso publicado no endereço <http://www.fhemig.mg.gov.br/oscip>, com 1 (um) dia útil de antecedência da data da visita.

5.3.5. Será permitida a participação de até 3 (três) representantes por PROPONENTE interessada.

5.3.6. Na ocasião da visita técnica, o representante da PROPONENTE interessada deverá estar munido de documento de identificação pessoal e documento de designação.

5.3.7. A comprovação da visita técnica será feita por meio da emissão de “Atestado de Visita Técnica”, conforme modelo constante do ANEXO X, que será emitido em duas vias originais, uma via será retida pela Fhemig e a outra entregue à PROPONENTE, devidamente assinado, ao final da visita.

5.3.8. É responsabilidade da PROPONENTE garantir que sairá da unidade com Atestado de Visita Técnica para posterior comprovação de realização da visita, caso seja necessário.

5.3.9. Todos os custos para viabilizar a visita técnica ocorrerão por conta da PROPONENTE, não recaindo, sob qualquer hipótese, o ônus financeiro sobre a Fhemig.

5.3.10. Caso a PROPONENTE opte pela não realização da visita técnica, não poderá alegar falta de ciência das condições das áreas, bem como a ocorrência de eventuais prejuízos em virtude de sua omissão na verificação dos locais.

5.4. Até o prazo máximo de 3 (três) dias úteis antes do término do prazo para publicidade do Edital, os interessados poderão encaminhar pedidos de esclarecimentos ou de impugnação, sendo vedado o prosseguimento para a fase de elaboração e entrega das propostas sem que todos os pedidos de esclarecimento ou de impugnação tenham sido devidamente respondidos.

5.4.1. Os pedidos de esclarecimentos ou de impugnação acerca deste Edital poderão ser realizados por qualquer pessoa, física ou jurídica, e deverão ser, obrigatoriamente, encaminhados para o e-mail parceria@fhemig.mg.gov.br.

5.4.2. Os interessados deverão se identificar (CNPJ e razão social, se pessoa jurídica, ou nome e CPF, se pessoa física) e disponibilizar as informações para contato (e-mail) nos respectivos pedidos de esclarecimentos ou de impugnação eventualmente encaminhados à Fhemig.

5.4.3. Os pedidos de esclarecimentos serão respondidos pela Fhemig, no prazo de até 02 (dois) dias úteis, prorrogáveis por igual período observado o item 5.4, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data em que o pedido for encaminhado pelo interessado.

5.4.4. Os pedidos de impugnação serão respondidos pela Fhemig, no prazo de até 02 (dois) dias úteis, prorrogáveis por igual período observado o item 5.4, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data em que o pedido for encaminhado pelo interessado.

5.4.5. A Fhemig disponibilizará todos os pedidos de esclarecimentos e de impugnação bem como as respectivas respostas no sítio eletrônico <http://www.fhemig.mg.gov.br/oscip>.

5.5. O encaminhamento de eventual pedido de impugnação não impedirá a participação da PROPONENTE neste processo de seleção pública para celebração de termo de parceria.

5.6. Findo o período de publicidade a que se refere o item 5.4, decai o direito das PROPONENTES de impugnarem o presente Edital, sendo que a apresentação de proposta pela PROPONENTE implica a aceitação integral e irreatável dos seus termos, condições, cláusulas e anexos.

5.7. Não serão aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de desconhecimento dos termos, condições, cláusulas e anexos do presente Edital em qualquer fase do processo de seleção pública, bem como das normas dispostas na Lei Estadual nº 23.081, de 2018 e no Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

6. DO PRAZO DE ELABORAÇÃO E ENTREGA DAS PROPOSTAS

6.1. No dia útil subsequente ao término do prazo para publicidade do Edital, será iniciado o prazo de elaboração da proposta e entrega dos documentos.

6.2. O prazo de elaboração da proposta e entrega dos documentos é de 5 (cinco) dias úteis, contados na forma do item 6.1.

6.3. A Fhemig deverá dar ampla publicidade, no respectivo sítio eletrônico em que este Edital se encontra disponível, ao prazo de elaboração da proposta e entrega dos documentos.

7. DA FORMA DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS

7.1 A PROPONENTE deverá entregar os documentos previstos no item 3.1 deste Edital exclusivamente em meio digital, através de peticionamento no Sistema Eletrônico de Informações – SEI.

7.2. A PROPONENTE que não possuir cadastro de usuário externo no SEI deverá se cadastrar durante o prazo para publicidade deste Edital, conforme procedimentos disponíveis em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/oscip>.

7.3. Durante o prazo de elaboração da proposta e entrega dos documentos, a PROPONENTE deverá iniciar processo no SEI utilizando o tipo de peticionamento eletrônico denominado “FHEMIG – Seleção pública de entidades sem fins lucrativos – Edital Projeto #AcreditaFhemig” e anexar cópia dos documentos previstos no item 3.1 deste Edital.

7.3.1 Caso a proponente identifique a necessidade de alterar sua proposta dentro do prazo de elaboração da proposta e entrega dos documentos indicado no item 6.2, deverá realizar novo peticionamento completo, conforme item 7.3.

7.3.2 Caso a proponente realize mais de um peticionamento no mesmo processo de seleção pública, o(s) primeiro(s) será(ão) desconsiderado(s) e será considerado válido para julgamento como proposta somente o último peticionamento realizado.

7.4. No processo de anexação dos documentos no SEI, a proponente preencherá eletronicamente o “Formulário de envio de proposta”, a ser assinado eletronicamente, conforme modelo disponível no SEI.

7.5. Não serão considerados, para fins de avaliação da proposta por parte da comissão julgadora, documentos diversos dos que foram solicitados neste Edital.

7.6. Até o fim do prazo a que se refere o item 6.2, a administração pública estadual deverá garantir que o peticionamento eletrônico não seja acessado.

7.7. Após o fim do prazo a que se refere o item 6.2, a administração pública estadual deverá garantir que somente os representantes da comissão julgadora tenham acesso ao peticionamento eletrônico, até que seja publicada ata de julgamento de que trata o item 8.6.

7.8. É vedada a realização de peticionamento eletrônico e o envio de processo no SEI, contendo os documentos previstos no item 3.1 deste Edital, fora do prazo de elaboração da proposta e entrega dos documentos, estabelecido no item 6.2, sob pena de desclassificação da PROPONENTE do presente processo de seleção pública.

7.9. Após o prazo para elaboração e entrega das propostas, é vedada a inclusão, retirada, substituição ou retificação de quaisquer documentos referentes ao item 3.1 deste Edital pela PROPONENTE.

8. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

8.1. Para analisar e julgar as propostas recebidas, a comissão julgadora terá o prazo de até 10 (dez) dias úteis, prorrogável por igual período, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data do fim do prazo de elaboração da proposta e entrega dos documentos.

8.2. A comissão julgadora zelará pelo julgamento objetivo e isonômico dos documentos apresentados pelas PROPONENTES, obedecendo aos critérios previstos neste Edital e às normas da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e do Decreto Estadual nº 47.554 de 2018.

8.3. É vedada a utilização de qualquer elemento, critério ou fator sigiloso, secreto, pessoal ou reservado, que possa, ainda que indiretamente, elidir o princípio da imparcialidade entre as entidades sem fins lucrativos participantes.

8.4. A análise e o julgamento realizados pela comissão julgadora deverão ser fundamentados e registrados em ata de julgamento, demonstrando o resultado da análise dos documentos, a classificação e a pontuação atribuída a cada PROPONENTE, de acordo com os critérios constantes no ANEXO II - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS, dentro do prazo previsto no item 8.1 deste Edital.

8.5. Será considerada mais bem classificada neste processo de seleção pública a PROPONENTE que obtiver a maior pontuação final.

8.6. Em caso de empate, deverá ser utilizada regra de desempate estabelecida no ANEXO II - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS deste Edital.

8.7. Finalizada a elaboração da ata de que trata o item 8.5, a comissão julgadora deverá encaminhar este documento à Presidência da Fhemig, que imediatamente deverá juntar a ata aos autos do processo de seleção pública e publicá-la no sítio eletrônico, no seguinte endereço: <http://www.fhemig.mg.gov.br/oscip>.

9. DOS RECURSOS

9.1. A Fhemig abrirá prazo de 05 (cinco) dias úteis para interposição de recursos, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à publicação da ata de julgamento.

9.2. Os recursos deverão ser direcionados ao dirigente máximo da Fhemig.

9.2.1. A PROPONENTE interessada em recorrer do julgamento deverá enviar e-mail obrigatoriamente para parceria@fhemig.mg.gov.br, fundamentando e inserindo os documentos relativos ao respectivo recurso.

9.2.2. A PROPONENTE deverá se identificar, por meio de CNPJ e razão social, e disponibilizar as informações para contato (e-mail) na respectiva interposição de recurso eventualmente encaminhada à Fhemig.

9.2.3. Os documentos enviados para fins de recursos deverão ser apresentados em português, sem emendas, rasuras ou entrelinhas.

9.3. Recebido o recurso, o dirigente máximo da Fhemig terá até 5 (cinco) dias úteis, prorrogáveis por igual período, para analisar e decidir.

9.4. O teor de cada recurso e a decisão do dirigente máximo da Fhemig deverão ser publicados no sítio eletrônico, no seguinte endereço: <http://www.fhemig.mg.gov.br/oscip>.

9.5. Não caberá, na esfera administrativa, a interposição de outro recurso em face da decisão do dirigente máximo da Fhemig.

10. DO RESULTADO DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA E CONVOCAÇÃO DA ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS VENCEDORA

10.1. A homologação do resultado deste processo de seleção pública, contendo a classificação das PROPONENTES, após a decisão de eventual recurso interposto, e a indicação da entidade sem fins lucrativos vencedora, deverá ser publicada pela Fhemig no Diário Oficial dos Poderes do Estado e no seu sítio eletrônico, no seguinte endereço: <http://www.fhemig.mg.gov.br/oscip>.

10.2. A Fhemig poderá convocar a entidade sem fins lucrativos vencedora para celebrar termo de parceria, por meio de ato publicado no Diário Oficial dos Poderes do Estado e de correspondência oficial, preferencialmente encaminhada pelo SEI, estabelecendo o prazo de 03 (três) dias úteis para comparecimento, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data da publicação da convocação.

10.3. Convocada, a entidade sem fins lucrativos vencedora deverá se apresentar à Fhemig, por uma das seguintes formas:

10.3.1. Comparecer presencialmente à Administração Central da Fhemig, situada no 13º andar do Edifício Gerais, na Cidade Administrativa de Minas Gerais, Rodovia Papa João Paulo II, 3777 - Serra Verde - Belo Horizonte – MG, CEP 31.630-901, de segunda a sexta-feira, de 08:30h às 12:30h e 13:30h às 17:30h, no prazo estabelecido no item 10.2.

10.3.2. Se apresentar por e-mail, enviado para o endereço eletrônico parceria@fhemig.mg.gov.br, para que seja agendada uma reunião de comparecimento em ambiente virtual com a Fhemig, no prazo estabelecido no item 10.2.

10.4. Na hipótese de a entidade sem fins lucrativos vencedora não possuir o título de Oscip do Estado de Minas Gerais, esta deverá encaminhar requerimento de qualificação para a Seplag, nos termos e condições da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

10.5. O requerimento a que se trata o item 10.4 deverá ser encaminhado à Seplag em até 10 (dez) dias úteis após a convocação da entidade sem fins lucrativos vencedora.

10.6. Caso a entidade sem fins lucrativos vencedora do certame não compareça no prazo previsto no item 10.2 deste Edital, se enquadre em alguma das hipóteses do item 4 deste Edital, se recuse a celebrar o termo de parceria, não apresente requerimento no prazo do item 10.5 ou na impossibilidade de deferimento da qualificação como Oscip para a entidade vencedora, a Fhemig poderá convocar a entidade sem fins lucrativos classificada em segundo lugar, mantidas as condições da proposta estabelecida no processo de seleção pública, e assim sucessivamente, até que seja celebrado o termo de parceria, obedecido o prazo de validade deste processo de seleção pública.

10.7. O termo de parceria oriundo do presente processo de seleção pública está previsto para ser celebrado em 06/01/2023.

11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1. Quaisquer documentos, atos complementares, avisos, comunicados e convocações relativos a este processo de seleção pública que vierem a ser divulgados no sítio eletrônico da Fhemig, no seguinte endereço: <http://www.fhemig.mg.gov.br/oscip>, serão incorporados a este Edital para todos os efeitos.

11.2. Caso haja necessidade de retificação ao Edital, a Fhemig fará a devida avaliação e fundamentação e, havendo alteração das condições estabelecidas para a elaboração das propostas, deverá:

a) prorrogar o prazo para publicidade do edital se este prazo não estiver encerrado; ou

b) estabelecer novo prazo de publicidade do edital de, no mínimo, 10 (dez) dias úteis, se o prazo para publicidade do edital estiver encerrado.

11.3. É assegurado à Fhemig, o direito de, de acordo com o interesse público, anular ou revogar, a qualquer tempo, no todo ou em parte, o presente processo de seleção pública para celebração de termo de parceria, fundamentando sua decisão e dando publicidade ao ato, por meio de divulgação no sítio eletrônico da Fhemig.

11.4. As manifestações da comissão julgadora e as decisões do dirigente máximo da Fhemig deverão ser fundamentadas com os motivos que as ensejaram.

11.5. É facultado à comissão julgadora, ou ao dirigente máximo da Fhemig, em qualquer fase deste processo de seleção pública, promover diligências, a fim de esclarecer ou complementar a instrução do mesmo.

11.5.1. Caso a Comissão Julgadora ou o Dirigente Máximo da Fhemig solicite a realização de diligências complementares, como previsto no item acima, o destinatário da demandada deverá atender ao pedido realizado no prazo de até 2 (dois) dias úteis.

11.6. Nos casos de ausência de interessados no presente processo de seleção pública ou quando todas as PROPONENTES forem inabilitadas ou desclassificadas, a Fhemig poderá reabrir, para a apresentação de documentos por qualquer entidade sem fins lucrativos interessada, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data da publicação do extrato de reabertura de prazo do Edital no Diário Oficial dos Poderes do Estado.

11.7. Nos casos de ausência de interessados no presente processo de seleção pública e impossibilidade comprovada de repetição do processo sem prejuízo para a Fhemig, esta poderá dispensar o procedimento, podendo firmar termo de parceria diretamente com determinada entidade qualificada com o título de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público do Estado de Minas Gerais, mantidas, neste caso, todas as condições estabelecidas neste Edital, conforme disposto no inciso IV do art. 17 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018.

11.8. A qualquer momento, a Fhemig poderá desclassificar as PROPONENTES, em despacho motivado, sem direito a indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções, se tiver ciência de fato ou circunstância, anterior ou posterior ao julgamento da seleção, que represente infração das regras deste Edital.

11.9. Na hipótese do item 11.8, a Fhemig poderá convocar para a celebração do termo de parceria a entidade sem fins lucrativos classificada em segundo lugar e assim, sucessivamente.

11.10. O programa de trabalho, constante no ANEXO IV – MINUTA DO TERMO DE PARCERIA E SEUS ANEXOS poderá ser adequado pela Fhemig, em parceria com a entidade sem fins lucrativos, durante a celebração do termo de parceria, de acordo com o interesse público e desde que preservados os parâmetros definidos neste edital e na proposta da entidade sem fins lucrativos.

11.11. Ao encaminhar proposta neste processo de seleção pública, a PROPONENTE concorda com as diretrizes financeiras definidas neste Edital, sob pena de desclassificação.

11.11.1. A memória de cálculo do termo de parceria, prevista no inciso II do art. 21 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e no inciso XII do art. 31 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, será elaborada no momento da celebração do termo de parceria, de acordo com o interesse público e desde que preservados os critérios para avaliação das propostas e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

11.12. O resultado deste processo de seleção pública não obriga a administração pública estadual a celebrar termo de parceria.

11.13. Durante a vigência do termo de parceria, poderão ser disponibilizados pela Fhemig bens, instalações e equipamentos públicos necessários ao cumprimento dos objetivos do termo de parceria à entidade sem fins lucrativos vencedora, nos termos dos arts. 34 e 35 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018.

11.14. Os casos omissos neste Edital serão resolvidos pelo dirigente máximo da Fhemig.

11.15. Fica eleito o foro da cidade de Belo Horizonte para dirimir quaisquer dúvidas e questões decorrentes do presente Edital, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Renata Ferreira Leles Dias

PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS- FHEMIG



Documento assinado eletronicamente por **Renata Ferreira Leles Dias, Presidente(a)**, em 26/08/2022, às 19:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **52098515** e o código CRC **9014CB48**.

Referência: Processo nº 2270.01.0008357/2022-05

SEI nº 52098515



EDITAL FHEMIG PARA TERMO DE PARCERIA Nº 02/2022

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Este ANEXO apresenta a especificação técnica das atividades e serviços de interesse público a serem desenvolvidos pelo termo de parceria a ser celebrado oriundo do presente processo de seleção pública. De forma adicional, visa orientar a elaboração das propostas das entidades sem fins lucrativos, apresentando as diretrizes gerais para a execução da política pública em questão, bem como permitir o entendimento acerca do termo de parceria a ser celebrado com a Fhemig.

2. DESCRIÇÃO ATIVIDADE/SERVIÇO A SER EXECUTADO VIA TERMO DE PARCERIA

2.1. INTRODUÇÃO

2.1.1. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI (2019 – 2030), quatro bandeiras foram definidas para marcar a identidade que se quer para Minas Gerais, dentre elas destaca-se a bandeira do “Governo focado em suas responsabilidades essenciais”, ou seja, um “governo direcionando seus melhores esforços na busca da excelência nas suas missões essenciais, produzindo saltos de qualidade. Novos arranjos que garantam a prestação de serviços públicos com qualidade, independentemente de quem seja o responsável pela prestação desses serviços”. A partir da visão de longo prazo para 2030 e das bandeiras, definiram-se dez objetivos estratégicos, dentre os quais destaca-se: “Proporcionar acesso a serviços de saúde de qualidade”, atrelada à supracitada bandeira do “Governo focado em suas responsabilidades essenciais”.

2.1.2. Uma das diretrizes estratégicas da área de Saúde no PMDI estabeleceu a necessidade de “Fortalecer a atenção secundária e terciária expandindo a oferta e melhorando a qualidade de serviços regionalizados.” O presente instrumento convocatório, atrelado a essa diretriz, busca uma gestão mais eficiente das unidades da Rede Fhemig, voltado para atenção secundária e terciária, buscando por meio dos compromissos, escopo e metas pactuados garantir a qualidade e a segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig, por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.



2.1.3 Dessa forma, objetivando aprimorar os atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde, bem como aumentar a eficiência na prestação dos serviços de saúde ofertados a este público, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pretende implantar um modelo de parceria com Oscip, para apoio à política pública de saúde, com a finalidade de ampliar a eficiência na gestão do serviço público.

2.1.4. A exemplo de outros entes da Federação que demonstraram bons resultados quando da implantação do modelo de gestão por Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e por Organização Social, tendo como objetivo atingir resultados mais eficientes em atividades operacionalizadas pela administração pública, o Governo de Minas Gerais sancionou a Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, a qual instituiu o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para Entidades do Terceiro Setor. Referenciais apontados pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais - Seplag¹ para a adoção desses modelos de parcerias:

- I. Transferência da execução para o setor público não estatal: publicização;
- II. Mais autonomia e responsabilidade para os executores das políticas públicas;
- III. Fortalecimento de práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade: controle Social;
- IV. Parcerias entre Organizações Estatais e entidades de direito privado sem fins lucrativos;
- V. Ganhos de eficiência e incremento da qualidade dos serviços.

2.1.5. Assim, tendo em vista a necessidade de melhorar o padrão de gestão das atividades e serviços de saúde oferecidos pelo Poder Público estadual à população e promover a excelência na qualidade do atendimento, decidiu-se pela celebração de termo de parceria com objetivo de operacionalizar a gestão e a execução ações e serviços necessários para a obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde que compõem os complexos hospitalares da rede Fhemig, como fruto da futura parceria a ser formalizada.

2.1.6. Sob a ótica do contexto trazido pelo instrumento de planejamento estadual supramencionado, o termo de parceria a ser firmado tem como objeto: gerenciar, operacionalizar e executar as ações e

¹ Fonte: https://planejamento.mg.gov.br/sites/default/files/documentos/planejamento-e-orcamento/parcerias-com-o-terceiro-setor/portfolio_modelos_de_parcerias_oscip_e_os_vf_dez2020.pdf



serviços necessários para a obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede Fhemig no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig, incluindo ações de treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional. Visa ainda, por meio de um novo arranjo, maximizar a eficiência e eficácia na prestação de serviços de saúde, com o foco no objetivo estabelecido no PMDI de proporcionar à população acesso a serviços de saúde de qualidade.

2.1.7. Pretende-se com a parceria:

- I. Implantar uma cultura organizacional de melhoria contínua, modernização e desenvolvimento institucional nas unidades assistenciais da Rede Fhemig;
- II. Garantir qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig;
- III. Promover a inovação e a excelência na qualidade da execução dos serviços de saúde;
- IV. Melhorar o escopo de serviços especializados ofertados ao usuário SUS;
- V. Implantar um modelo de gestão voltado para resultados;
- VI. Ampliar oferta de atendimentos hospitalares de média e alta complexidade;
- VII. Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na gestão na saúde a ser adotado no Estado de Minas Gerais obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada pelo Sistema Estadual de Regulação;
- VIII. Estimular a participação da sociedade civil nas atividades da administração pública e na execução de políticas públicas.

2.1.8. A estratégia de contratualização de resultados com parceiros que não possuem finalidade lucrativa visa alcançar os melhores resultados, conforme observado em experiências de outros estados, municípios e do próprio Estado de Minas Gerais, com mais de 18 anos (2003 - 2021) de aprendizados com as parcerias com o terceiro setor via termos de parceria com Oscip.



2.1.9. Os ganhos de eficiência podem ser atribuídos, entre outros fatores, a maior autonomia de gestão, melhor estruturação de processos, a contratualização por metas, otimização do uso de recursos públicos e a redução de desperdícios. A alternativa proposta pelo Governo do Estado de Minas Gerais busca atender as necessidades da população e assegurar que a obrigação do Poder Público em garantir serviços de saúde de qualidade para todos seja cumprida.

2.1.10. Os recursos públicos repassados através do termo de parceria deverão ser aplicados integralmente no seu objeto, atendendo às Políticas Nacional e Estadual de Saúde, definidas por meio das normas do Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) e diretrizes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

2.1.11. A parceria desenvolvida entre a Oscip e o Estado de Minas Gerais observará indicadores e metas de produção, desempenho e qualidade. Farão o monitoramento, a avaliação e a fiscalização desta parceria a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais, o Conselho Estadual de Saúde, a sociedade civil e os órgãos de controle interno e externo do estado de Minas Gerais.

2.2. PROJETO #ACREDITAFHEMIG

“A qualidade apresenta-se como via de diversas mãos que interage com diversos sujeitos que atuam nos hospitais. Esse processo é dinâmico, influenciando e sendo influenciado em seu planejamento e execução, fato que possibilita contribuições, construções e reconstruções que podem agregar valor e resignificar conceitos, aproximando cada vez mais as ações do hospital à realidade do sistema de saúde e mobilizando para a busca da transformação deste segmento”. (BONATO, 2007.p.48²)

2.2.1. Criada pela Lei Estadual nº 7.088, de 3 de outubro de 1977, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) foi formada pela fusão de três fundações estaduais de assistência à saúde: Feal (leprocomial), Feap (psiquiátrica) e Feamur (médica de urgência). A instituição é uma das maiores gestoras

² BONATO, V. L. Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais. 1. ed. São Paulo: Icone, 2007. 119 p.



de hospitais públicos do país e tem como competência prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de unidades assistenciais organizadas e integradas ao SUS, e participar da formulação, do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

2.2.2. Reconhecida nacionalmente por diversos serviços prestados à população mineira, a Fhemig conta com mais de 13 mil profissionais e possui 20 unidades assistenciais distribuídas em Belo Horizonte, região metropolitana e no interior do estado, que estão organizadas em:

I - Urgência e Emergência: Hospital João XXIII (HJXXIII), Hospital Maria Amélia Lins (HMAL) e Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII), em Belo Horizonte.

II - Hospitais de Referência: Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), em Patos de Minas; Hospital Regional Dr. João Penido (HRJP), em Juiz de Fora; Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (HRB-JA), em Barbacena; Maternidade Odete Valadares (MOV) e Hospital Eduardo de Menezes (HEM), em Belo Horizonte.

III - Hospitais de Especialidades: Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) e Hospital Júlia Kubitschek (HJK), em Belo Horizonte.

IV - Reabilitação e Cuidados Integrados: Casa de Saúde Padre Damião (CSPD), em Ubá; Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA), em Bambuí; Casa de Saúde Santa Fé (CSSFe), em Três Corações; Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI), em Betim e Hospital Cristiano Machado (HCM), em Sabará.

V - Saúde Mental: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), em Barbacena; Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), Centro Psiquiátrico da Adolescência e Infância (Cepai) e Instituto Raul Soares (IRS), em Belo Horizonte.

VI - Estadual de Transplantes: MG Transplantes.

2.2.3. A Fundação participou de importantes processos históricos de mudança - entre eles o marco zero da reforma psiquiátrica; a transformação dos sanatórios (ex-colônias) em casas de saúde destinadas à reabilitação e ao cuidado ao idoso e a reintegração social de pacientes de tuberculose e hanseníase³. A Fhemig se destaca também por sua relevância e contribuição para a saúde pública de Minas Gerais.

³ Fonte: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>



Somente no ano de 2019, foram realizados, 61.927 internações, 5.543 internações de terapia intensiva, 24.697 cirurgias, 345.347 consultas de urgência, 265.644 consultas eletivas, 10.922 partos e outros procedimentos obstétricos, 88.093 diárias de tratamentos intensivos, além de terem sido disponibilizados 2.392 leitos de internação. A instituição possui ainda papel importante em ensino e pesquisa, sendo que em 2019 foram 63 artigos e resumos publicados, além de ser um dos grandes centros formadores de profissionais de saúde pública no Estado, com 474 programas de residência médica e 114 programas de residência e área profissional da saúde. Mais atualmente, a Fundação desempenhou papel de relevância no atendimento da epidemia de H1N1 em 2009 e na pandemia de Coronavírus em 2020 e 2021, dedicando diversas unidades para o seu atendimento.

2.2.4. Com essa responsabilidade, a Fhemig está ciente que fazer frente às expectativas dos pacientes, de suas famílias, e de todos aqueles que se relacionam com a Fundação, implica estar preparado para enfrentar com competência os desafios da modernidade, que a impele em olhar os negócios e operações de maneira muito mais ampla e integrada à sociedade.

2.2.5. A atuação da Fhemig deve estar perfeitamente alinhada aos interesses da sociedade, para a qual ela serve e por quem trabalha, as decisões devem conduzir a um futuro sólido e sustentável, que leve em conta os impactos das operações e serviços, e as escolhas devem pautar-se pela integridade, de modo que todos os atos produzidos estejam em estreita conformidade com o ambiente regulatório no qual está inserida e que reflitam os mais altos padrões éticos e morais, a fim de que seja exemplo, não só pelos resultados que entrega, mas acima de tudo, pela forma como o faz⁴.

2.2.6. Posto isso, a Fhemig tem buscado implantar práticas de sucesso, experimentadas em entes públicos e na iniciativa privada, no intuito de garantir um atendimento sistematizado, seguro e eficiente à população. Para tal, uma das iniciativas foi preconizar a Gestão da Qualidade como modelo de gestão para prestação de seus serviços, baseado na padronização, monitoramento, melhoria contínua dos processos e satisfação do cliente⁵.

2.2.7. A qualidade ganhou importância em um longo processo de evolução do seu conceito e prática, vista hoje como um fator estratégico para a melhoria da competitividade e da produtividade das organizações

⁴ Fonte: <http://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao/plano-de-integridade>

⁵ Fonte: FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Política de gestão da Qualidade - POL QLD 001 – Gestão da Qualidade na FHEMIG. 1. ver. Belo Horizonte; FHEMIG, 2020.



(CARPINETTI, 2016), deixando de ser apenas um diferencial para, em muitos casos, ser um fator de sobrevivência⁶.

2.2.8. Em 2019, fundamentada nas diretrizes do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI, Conselhos de Saúde e diretrizes governamentais, legislações vigentes, dados socioeconômicos, dados epidemiológicos, dados globais relacionados à saúde e dados específicos da Fundação, a Fhemig revisou seu Planejamento Estratégico (PE) 2020-2023, bem como sua vocação, identidade institucional e objetivos estratégicos. Estabeleceu-se então novo Mapa Estratégico, tendo como um dos objetivos “Fortalecer a Gestão da Qualidade para certificação”⁷.

2.2.9. Uma das estratégias escolhidas pela Fhemig para o alcançar o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelo Poder Público estadual aos usuários do SUS, envolve a gestão da qualidade, pelo Projeto #AcreditaFhemig, e a execução descentralizada de serviços, por meio de parceria com entidades sem fins lucrativos. A busca pela qualidade e, conseqüentemente, o alcance do objetivo estratégico de “Fortalecer a gestão da qualidade para certificação”, perpassa uma transformação no olhar e no modus operandi do sistema de saúde.

2.2.10. O Institute of Medicine (organização não governamental sem fins lucrativos dos Estados Unidos), publicou, em 2001, o relatório intitulado “Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century” (em tradução livre: “Cruzando o Abismo da Qualidade: um Novo Sistema de Saúde para o Século 21). O relatório provoca uma reflexão sobre a necessidade de transformação do sistema de saúde, e relata que problemas de qualidade ocorrem devido à forma como o cuidado está organizado (IOM, 2001)⁸. Corroborando sobre essa transformação na saúde, Vicente Falconi Campos, em seu livro “Gerenciamento da Rotina de Trabalho no Dia a Dia”, apresenta um fluxograma da caminhada para a excelência por meio de fases que são desde entendendo seu trabalho, arrumando a casa, ajustando a máquina, até caminhando para o futuro. Durante as fases, propõe a padronização dos processos, a eliminação das anomalias, a implantação de melhorias e o monitoramento. (CAMPOS, 2002)⁹.

⁶ Ruggiero, André Minervino. A jornada da acreditação: série 20 anos. Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.

⁷ Fonte: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>.

⁸ Ruggiero, André Minervino. A jornada da acreditação: série 20 anos. Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.

⁹ FALCONI, Vicente C. Gerenciamento da Rotina do Trabalho do Dia-a-Dia. Belo Horizonte. Editora de Desenvolvimento Gerencial. 2002.



2.2.11. A Avaliação da Qualidade na saúde no mundo iniciou-se no século passado, em meados de 1924 pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), mas avaliações em Hospitais dos Estados Unidos datam desde 1918. Dentre outras iniciativas, em 1951 foi criada nos Estados Unidos, a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CAAH) que logo, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*.

2.2.12. No Brasil, possivelmente, o primeiro estudo no sentido de melhorar a qualidade na organização dos hospitais tenha sido de Odair Pedroso em 1935, ao conceber uma Ficha de Inquérito Hospitalar (Quadro 1) para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde¹⁰.

Quadro 1 – Ficha de Inquérito Hospitalar. São Paulo, 1935.

1. Corpo clínico organizado, com obrigatoriedade de médico plantonista residente
 2. Corpo administrativo.
 3. Corpo de Enfermeiros e auxiliares em número proporcional à capacidade e serviços clínicos do hospital, inclusive para plantão noturno.
 4. Serviços radiológico e fisioterápico.
 5. Laboratório clínico.
 6. Necrotério com equipamento para necropsia.
 7. Salas de operações com equipamentos suficientes e anexos.
 8. Farmácia.
 9. Serviços auxiliares (cozinha, lavanderia, desinfecção).
- 1) Chefia: A administração do Centro cirúrgico será exercida por uma enfermeira, devidamente treinada.
 - 2) Pessoal: Deverá ter número suficiente, devidamente treinado.
 - 3) Regulamento: O regulamento do Centro cirúrgico deverá fazer parte do Regulamento do Hospital.
 - 4) Rotinas: Deverá ser assegurado o seu bom funcionamento e divulgado a todos.
 - 5) Avaliação do trabalho profissional: Será organizado um fichário contendo elementos que permitam avaliar a capacidade profissional do cirurgião.
 - 6) Prontuário médico: a) nenhum doente poderá ser operado sem possuir prontuário médico que deverá conter o diagnóstico provisório; b) ao citado prontuário serão anexados: descrição do ato cirúrgico, ficha

¹⁰ Feldman, Liliane Bauer, et al. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. São Paulo. 2005;18(2):213-9.



de anestesia, diagnóstico operatório e evolução pós-operatória, devendo o prontuário ser assinado pelo médico responsável.

Fonte: Carvalho L. Padrões mínimos de organização de hospitais. Rev Paul Hosp. 1973; 21(3): 107.

2.2.13. As discussões sobre acreditação e qualidade no mundo ocorriam de forma isolada, mas isso começa a mudar quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) firmou um acordo com a Organização Pan-Americana da saúde (Opas) para a elaboração de um Manual de Padrões de Acreditação para América Latina e Caribe.

2.2.14. No Brasil, anos depois o então ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, convidou o médico Humberto Novais para atuar como consultor em um projeto que resultaria na criação de um Manual de Acreditação brasileiro único. Assim, baseado no Manual original da Opas, nas metodologias internacionais existentes, nos trabalhos e na experiência dos grupos regionais, surgiu o Manual Brasileiro de Acreditação de Hospitais, publicado em 1998, e, inicialmente, testado em 17 hospitais espalhados por todas as regiões do Brasil. Foi ainda na fase de testes que o MS entendeu que, para além da elaboração do Manual, seria necessário desenvolver um Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que precisaria ser gerido por uma instituição criada para esse fim. Nascia, assim, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1º de junho de 1999. A fundação da ONA foi oficializada em 2001, por meio de uma portaria do MS que reconheceu as atribuições da organização.

2.2.15. A história da Acreditação está vinculada às iniciativas do SUS nos anos 1990. A Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) são entidades contemporâneas, diretamente conectadas com a construção do que hoje é o SUS e com as políticas nacionais de saúde, em especial, os serviços de saúde¹¹. A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do Processo de Acreditação (FELDEMAN, 2005¹²).

¹¹ Ruggiero, André Minervino. A jornada da acreditação: série 20 anos. Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.

¹² Feldman, Liliane Bauer, et al. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. São Paulo. 2005;18(2):213-9



2.2.16. A Acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Para ser acreditada, a organização precisa comprovadamente atender aos padrões definidos pela ONA, reconhecidos internacionalmente.

2.2.17. Realizado de forma voluntária e reservada, o método de avaliação para Acreditação não tem caráter fiscalizatório e constitui, essencialmente, um programa de educação continuada das organizações prestadoras de serviços de saúde, revisto periodicamente para estimular a melhoria contínua¹². É uma metodologia de gestão específica para organizações de saúde que visam resultados, segurança da assistência prestada, sustentabilidade e minimização do risco (FHEMIG, 2011¹³).

2.2.18. As Instituições Acreditadoras são empresas de direito privado, credenciadas pela ONA, que têm a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional. A organização prestadora de serviços de saúde que aderir ao processo de acreditação estará revelando a sua responsabilidade e o seu comprometimento com segurança, com a ética profissional, com procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento à população. O objetivo dos padrões da Acreditação é ficar à frente dos últimos progressos técnicos nas organizações hospitalares. Se permitirmos que os padrões sejam mínimos, não teremos progressos técnicos (FELDEMAN, 2005¹⁴).

2.2.19. Os termos Acreditação ou Certificação são recursos fundamentais para consolidar e atestar a qualidade dos serviços e produtos oferecidos pelas organizações. Apesar de ambas estarem relacionadas ao cumprimento de normas e regulamentos técnicos específicos, são estratégias diferentes, mas que se complementam e promovem a melhoria contínua.

2.2.20. A certificação é um atestado emitido por um órgão imparcial após um processo de avaliação. Ele assegura que determinado produto ou serviço da organização em questão atende aos requisitos estabelecidos. As certificações têm condições genéricas e são aplicáveis a qualquer tipo de instituição. Além disso, “a empresa define o escopo de certificação, se serão envolvidos todos os processos da empresa ou não” (SOARES, 2016¹⁵). O desígnio desse parecer é definido pela empresa.

13 FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Projeto de expansão do processo de Acreditação na rede Fhemig. Belo Horizonte, FHEMIG, 2011.

14 Idem 11.

15 SOARES, Fernando. Qualidade em saúde, como alcançar? CMT Tecnologia. Junho. 2016. Disponível em: <https://blog.cmttecnologia.com.br/qualidade-em-saude-como-alcancar/#:~:text=Acredita%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20um%20sistema%20de,acordo%20com%20crit%C3%A9rio%20pr%C3%A9%20definidos>



2.2.21. Acreditação, assim como a certificação, está relacionada ao cumprimento de métodos preestabelecidos. No entanto, além de avaliar a metodologia e a gestão da empresa, ela também avalia os quesitos técnicos do processo, atesta a competência técnica da organização de exercer de forma segura e qualificada o que se dispõe. Seu escopo é definido pela Norma de Acreditação. Durante este investimento, as avaliações são bem aprofundadas e criteriosas, já que envolvem toda a sociedade científica, técnica e/ou clínica. Portanto, as organizações conseguem, por meio das auditorias, identificar falhas técnicas mais específicas de sua área de atuação. Com isso, é possível promover melhorias constantes nos processos, no gerenciamento das atividades e na eficiência do método oferecido¹⁶.

2.2.22. A Acreditação deve ser entendida, portanto, em duas dimensões: a) Educacional, pois leva as instituições prestadoras de serviços de saúde a adquirirem a cultura da qualidade para implementação da gestão de excelência; e, b) Qualitativa, pois analisa e atesta o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-definidos.

2.2.23. Esse movimento em direção à qualidade reflete a necessidade de mudanças fundamentais nas organizações. Isso porque, a valorização dos indivíduos e a atenção às relações sociais tornam-se imprescindíveis para a aquisição do título de excelência. Ainda nesse cenário, os profissionais da saúde emergem como o cerne da política de qualidade. Pois, têm papel essencial na garantia e na manutenção do processo¹⁷.

2.2.24. A escolha pela Acreditação reforça o compromisso de estabelecer uma cultura de qualidade a médio e longo prazo e a melhoria contínua exercida de forma integral, contemplando todos os processos da Instituição. Possibilita ainda, empregar uma norma específica para serviços de saúde, setor com tantas especificidades e que tem como objeto o que há de mais sensível: a vida humana.

2.2.25. O Manual Brasileiro de Acreditação, por advir de uma organização nacional, possibilita também considerar perfis e desafios regionais. Em levantamento realizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em mais de 15.000 hospitais em toda a América Latina, o resultado foi bastante heterogêneo, com impressões tanto sobre instituições mais avançadas quanto com a descoberta de locais com falta de condições mínimas até para prevenção de infecção hospitalar. De acordo com o médico e

¹⁶ Fonte: <https://acredite.se>

¹⁷ <https://star.med.br/acreditacao-hospitalar-da-oncologia-certificacao-himss-e-iso-9001-tudo-o-que-voce-precisa-saber/>



consultor Humberto Novaes, uma “quantidade razoável” desses hospitais “não resistiria a uma mínima avaliação para garantir uma qualidade permanente em todos seus serviços” (NOVAES, 2015¹⁸).

2.2.26. Para responder às diferentes necessidades, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) utiliza de níveis de acreditação em seu Manual, para que o processo possa ter melhor adesão entre as diferentes instituições de saúde. Para a realidade brasileira da época, a incorporação dessas fases no sistema de qualidade foram fundamentais para o engajamento do processo¹⁹.

2.2.27. O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) está consolidado em um conjunto de Fundamentos de Gestão em Saúde. As práticas e fatores de desempenho das organizações de saúde acreditadas devem demonstrar estes fundamentos.

Quadro 02: Fundamentos de Gestão em Saúde

FUNDAMENTO	DESCRIÇÃO
Visão sistêmica	Forma de entender a organização como um sistema integrado de todas as áreas de negócio e entender as relações de interdependência entre elas, olhando para os ambientes interno e externo. Referência: (FNQ)
Liderança	Mecanismos de liderança, estratégia e controle colocados em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com atuação de forma aberta, participativa, inovadora e motivadora. Orientação de esforços, interesses e recursos organizacionais, compreendendo os fatores que afetam a organização no curto e no longo prazo, visando à sua sustentabilidade. Referência: TCU, 2014
Gestão por processos	Gestão baseada na melhoria contínua dos processos críticos alinhados à visão e às estratégias da organização, focando constantemente nas necessidades dos clientes. Objetiva a tomada de decisão e a execução de ações, com base na medição e análise do desempenho dos resultados dos processos, considerando as informações disponíveis e os riscos identificados.

18 NOVAES, H M. História da acreditação hospitalar na América Latina: o caso Brasil. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 12, n. 14, p. 49-61, 2015. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2693>. Acesso em: 7 dez. 2020.

19 Ruggiero, André Minervino. A jornada da acreditação: série 20 anos. Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.



FUNDAMENTO	DESCRIÇÃO
Desenvolvimento de pessoas	Engajamento ativo que promove a realização profissional e as relações humanas, através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e habilidades e da educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional.
Cuidado centrado no paciente	Realizado por meio de um tratamento individualizado, integral, planejado e efetivo, mediante tomada de decisão compartilhada e comunicação eficiente com o paciente, buscando a dignidade, a compaixão e o respeito às tradições culturais, às preferências e aos valores pessoais do paciente e de seu acompanhante. Referência: IHI e NHS.
Foco na segurança	Promoção de um ambiente seguro, mediante a adoção de ações preventivas, desenvolvendo a capacidade da organização de se antecipar às situações indesejáveis. Identificação, análise, planejamento e implementação de melhorias para redução contínua dos riscos de danos, associados à assistência em saúde. Referência: OMS, 2009
Responsabilidade socioambiental	Relação responsável, ética e transparente da organização, por meio da potencialização de impactos positivos e minimização de impactos negativos de suas atividades na sociedade e no meio ambiente, promovendo o uso racional e adequado de recursos.
Cultura da inovação	Promoção de um ambiente favorável à melhoria de seu desempenho e de sua vantagem competitiva, com a implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados, a partir de um embasamento referenciado na ética, em boas práticas e em evidências científicas.
Melhoria contínua	Compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando aprimorar



FUNDAMENTO	DESCRIÇÃO
	produtos, serviços ou processos que possam desenvolver a organização, objetivando melhor desempenho.
Ética e transparência	Condição implícita vinculada à formação do indivíduo com parâmetros de honestidade, decência e respeito a todos os públicos interessados.
Natureza não prescritivo	Ausência de recomendação sobre métodos, técnicas e ferramentas a serem escolhidos para alcançar os padrões estabelecidos (ONA, 2018 ²⁰).

2.2.1. ACREDITAÇÃO ONA

2.2.1.1. A Acreditação ONA é a única no país com certificações em diferentes níveis, o que permite avaliar a melhoria contínua na gestão e nos processos das organizações de saúde.

Quadro 03: Níveis de Acreditação ONA

ONA 1 Acreditado	<u>Princípio: Segurança</u> Trata a segurança (estrutura) em um conceito abrangente que aborda desde espaço físico até recursos humanos em quantidade e qualificação compatíveis com a complexidade do serviço, legislação, conformidade regulamentar, entre outros. Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.	Tem validade de 2 anos e recebe visita de manutenção a cada 8 meses.
ONA 2 Acreditado Pleno	<u>Princípio: Gestão Integrada</u> Estabelece requisitos para a organização (processo). Verifica a organização da assistência, conferindo documentação, treinamento dos trabalhadores, rotinas, uso de indicadores para a tomada de decisão clínica e gerencial, e prática de auditoria interna. As	Tem validade de 2 anos e recebe visita de manutenção a cada 8 meses.



	<p>exigências deste nível contemplam evidências de interação entre os processos bem como o acompanhamento e avaliação dos seus resultados, alinhado às estratégias definidas, promovendo ações de melhoria.</p> <p>Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.</p>	
<p>ONA 3 Acreditado com Excelência</p>	<p><u>Princípio: Excelência em Gestão</u></p> <p>As exigências deste nível contemplam evidências de uma gestão em excelência, utilizando o conhecimento e o aprendizado para tomada de decisão, bem como o relacionamento com todas as partes interessadas, buscando a sustentabilidade, a responsabilidade socioambiental, a melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e melhores resultados na assistência²¹.</p> <p>Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.</p>	<p>Tem validade de 3 anos e recebe visita de manutenção a cada ano</p>

Fonte: Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, 2018

2.2.1.2. Organizações de todo perfil, porte ou complexidade podem se tornar acreditadas ou qualificadas, desde que cumpram os padrões estabelecidos pela ONA. Para participar do processo de acreditação, a organização prestadora de serviços de saúde precisa cumprir minimamente requisitos de elegibilidade exigidos pela ONA: estar legalmente constituída há pelo menos 1 (um) ano; possuir alvará de

²¹ Fonte: <https://www.ona.org.br/>.

Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo. Organização Nacional de Acreditação. 2018. Versão 2018.21: Ruggiero, André Minervino. A jornada da acreditação: série 20 anos. Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.

SOARES, Fernando. Qualidade em saúde, como alcançar? CMT Tecnologia. Junho. 2016. Disponível em: <https://blog.cmttecnologia.com.br/qualidade-em-saude-como-alcancar/#:~:text=Acredita%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20um%20sistema%20de,acordo%20com%20crit%C3%A9rio%20pr%C3%A9%20definidos.>



funcionamento; possuir licença sanitária; possuir licenças pertinentes à natureza da atividade; e, possuir registro do responsável técnico, conforme o perfil da organização.

2.2.1.3. O processo de avaliação para acreditação consiste em um conjunto de atividades inter-relacionadas que verifica, nos diversos processos da organização, o atendimento aos padrões e requisitos estabelecidos no Manual específico, e por consequência o nível de acreditação alcançado.

2.2.1.4. O Manual Brasileiro de Acreditação (MBA) é o instrumento de avaliação desenvolvido para verificar a qualidade da assistência à saúde em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS), tendo como base padrões e requisitos de complexidade crescente (Nível 1, Nível 2 e Nível 3). É a referência nacional e formalmente reconhecido internacionalmente, para ser utilizado pelas Instituições Acreditadoras Credenciadas (IAC) do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) e é periodicamente atualizado em seus níveis, padrões e requisitos²².

2.2.1.5. Para cada tipo de OPSS existem as normas para o processo de avaliação (NA), que sistematizam a elegibilidade e a metodologia de avaliação e possuem um papel fundamental, na medida em que incorporam as seções e subseções de aplicação obrigatória independente da característica ou conforme a característica da organização de saúde.

2.2.1.6. Para Organizações Hospitalares aplica-se a NA de Serviços Hospitalares. Uma vez definida a NA da Organização, o Manual apresenta os requisitos exigidos para avaliação desses serviços, divididos em seções e subseções. Para cada seção, existem em média 9 subseções com, aproximadamente, 15 requisitos para Nível 1 e, aproximadamente, 10 requisitos para Nível 2 que devem ser executados pela Instituição²³.

2.2.1.7. Segue exemplo da Seção 1 - Gestão Organizacional, suas subseções e requisitos:

²² Fonte: <https://www.ona.org.br/>

Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo. Organização Nacional de Acreditação. 2018. Versão 2018.

²³ Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo. Organização Nacional de Acreditação. 2018. Versão 2018.



Subseção	Na												
	Serviços Hospitalares	Hospital-dia	Serviços de Hemoterapia	Serviços Laboratoriais	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Crônica	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Aguda	Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear	Serviços Ambulatoriais	Serviços de Pronto Atendimento	Serviços de Atenção Domiciliar – Assistência	Serviços de Atenção Domiciliar – Internação	Serviços Oncológicos	Serviços de Medicina Hiperbárica
1.1 Liderança Organizacional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.2 Gestão da Qualidade e Segurança	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.3 Gestão Administrativa e Financeira	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.4 Gestão de Pessoas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5 Gestão de Suprimentos e Logística	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.6 Gestão da Informação e Comunicação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.7 Gestão do Acesso ao Cuidado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.8 Gestão da Segurança Patrimonial	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.9 Gestão da Infraestrutura e Tecnologia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ : Aplicação obrigatória
○ : Aplicação obrigatória conforme característica da organização
— : Não se aplica

2.2.1.8. Subseção 1.1: Liderança Organizacional.

2.2.1.9. Padrão Nível 1: Determina a direção da organização estabelecendo objetivos, modelo de gestão e políticas institucionais com foco na segurança e a qualidade do cuidado, acompanhamento e provendo recursos necessários para sustentar seu cumprimento.

2.2.1.10. Requisitos Nível 1:

- Gerencia os recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento às solicitações emergenciais e em situações de contingência;
- Define as diretrizes para gestão da tecnologia de acordo com as necessidades dos serviços, atendendo aos critérios de seleção, aquisição, utilização, inativação e substituição;
- Acompanha o gerenciamento dos riscos organizacionais, apoiando as ações para mitigação, eliminação e implantação de melhorias;
- Estabelece e acompanha os processos estratégicos da organização e suas interações;
- Gerencia os resultados dos processos e de suas relações, de acordo com as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria;
- Acompanha os indicadores de resultados dos processos;



- Estabelece mecanismos para acompanhamento e desdobramento do planejamento estratégico;
- Revisa sistematicamente o planejamento estratégico considerando o cenário interno, externo e legislações vigentes;
- Acompanha os resultados dos indicadores do planejamento estratégico para a tomada de decisão;
- Utiliza as informações gerenciais para tomada de decisão e atualização das estratégias;
- Oferece suporte ao gerenciamento e acompanha os resultados dos protocolos institucionais sustentados pelas boas práticas referenciadas;
- Estabelece mecanismos para acompanhamento e monitoramento de todas as políticas institucionais;
- Acompanha o desempenho e apoia as comissões, utilizando suas informações para as ações de melhoria;
- Acompanha de forma sistemática a cultura de segurança do paciente dentro da organização;
- Divulga para os colaboradores e para as partes interessadas os padrões de conduta e estratégia organizacional;
- Define um sistema de gestão considerando o negócio, estabelecendo atribuições e responsabilidades para a tomada de decisão;
- Acompanha o gerenciamento da satisfação dos clientes e as reclamações/queixas/sugestões/elogios, apoiando a implantação de melhorias;
- Utiliza informações essenciais da gestão organizacional, considerando as necessidades e as expectativas das partes interessadas, para o planejamento de ações e tomada de decisões;
- Acompanha a gestão dos contratos com base na política de qualificação de fornecedores, apoiando a implantação de ações de melhoria;
- Acompanha a gestão da segurança da informação, apoiando a implantação de ações de melhoria;
- Acompanha a gestão do uso racional dos recursos financeiros, ambientais, insumos e pessoas, apoiando a implantação de ações de melhoria.

2.2.1.11. Padrão Nível 2: Promove o acompanhamento do desempenho dos seus resultados organizacionais de acordo com o modelo de gestão e políticas definidas

2.2.1.12. Requisitos Nível 2:

- Gerencia os recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento às solicitações emergenciais e em situações de contingência;



- Define as diretrizes para gestão da tecnologia de acordo com as necessidades dos serviços, atendendo aos critérios de seleção, aquisição, utilização, inativação e substituição;
- Acompanha o gerenciamento dos riscos organizacionais, apoiando as ações para mitigação, eliminação e implantação de melhorias;
- Estabelece e acompanha os processos estratégicos da organização e suas interações;
- Gerencia os resultados dos processos e de suas relações, de acordo com as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria;
- Acompanha os indicadores de resultados dos processos;
- Estabelece mecanismos para acompanhamento e desdobramento do planejamento estratégico;
- Revisa sistematicamente o planejamento estratégico considerando o cenário interno, externo e legislações vigentes;
- Acompanha os resultados dos indicadores do planejamento estratégico para a tomada de decisão;
- Utiliza as informações gerenciais para tomada de decisão e atualização das estratégias;
- Oferece suporte ao gerenciamento e acompanha os resultados dos protocolos institucionais sustentados pelas boas práticas referenciadas;
- Estabelece mecanismos para acompanhamento e monitoramento de todas as políticas institucionais;
- Acompanha o desempenho e apoia as comissões, utilizando suas informações para as ações de melhoria;
- Acompanha de forma sistemática a cultura de segurança do paciente dentro da organização;
- Divulga para os colaboradores e para as partes interessadas os padrões de conduta e estratégia organizacional;
- Define um sistema de gestão considerando o negócio, estabelecendo atribuições e responsabilidades para a tomada de decisão;
- Acompanha o gerenciamento da satisfação dos clientes e as reclamações/queixas/sugestões/elogios, apoiando a implantação de melhorias;
- Utiliza informações essenciais da gestão organizacional, considerando as necessidades e as expectativas das partes interessadas, para o planejamento de ações e tomada de decisões;
- Acompanha a gestão dos contratos com base na política de qualificação de fornecedores, apoiando a implantação de ações de melhoria;



- Acompanha a gestão da segurança da informação, apoiando a implantação de ações de melhoria;
- Acompanha a gestão do uso racional dos recursos financeiros, ambientais, insumos e pessoas, apoiando a implantação de ações de melhoria;

2.2.1.13. Os requisitos de Nível 3 são aplicados a todas as seções para todas as Normas de Processos de Avaliação. Quando a organização de saúde cumpre com os requisitos dos níveis 1, 2 e 3, conforme tabela de percentual para acreditação, é qualificada na condição de Acreditada com Excelência.

2.2.1.14. Padrão Nível 3: Apresenta maturidade na gestão promovendo melhoria contínua em termos de: estrutura, tecnologias, atualização técnico profissional, e boas práticas assistenciais. Evidências objetivas da utilização do conhecimento e do aprendizado para tomada de decisão, bem como a interação com todas as partes interessadas, utilizando as informações para o alcance de melhores resultados, a sustentabilidade, sustentados pelos ciclos de melhoria.

2.2.1.15. Requisitos Nível 3:

- Apresenta práticas de gestão inovadoras, proativas, disseminadas e integradas à estratégia;
- Sustenta a estratégia de gestão definida pela instituição;
- Demonstra que as tomadas de decisão promovem a sustentabilidade da organização;
- Utiliza informações gerenciais para a tomada de decisão, promoção de melhorias e o alcance de resultados alinhados à estratégia;
- Utiliza as informações de todas as partes interessadas nos ciclos de melhoria;
- Demonstra responsabilidade com o ambiente e o contexto onde está inserida;
- Demonstra que a gestão de riscos e suas informações são utilizadas para promoção de ciclos de melhoria;
- Promove ações de melhoria voltadas para a cultura de segurança do paciente;
- Promove ações de melhoria voltadas para atingir melhores resultados para a segurança do paciente;
- Promove cultura justa frente ao erro humano;
- Promove e sustenta ações que permitam à organização atingir resultados assistenciais favoráveis frente ao perfil da população atendida;
- Promove ações para o cuidado centrado na pessoa e analisa a experiência do paciente/cliente, utilizando-a como ferramenta para a criação de valor tanto para o cliente quanto para a organização;



- Promove ações voltadas para as necessidades da comunidade;
- Promove ações voltadas para a sustentabilidade socioambiental;
- Estabelece processo transparente de divulgação de resultados institucionais para a sociedade;
- Promove um relacionamento ético no ambiente organizacional e em suas interfaces com o ambiente externo, baseado no código de ética e conduta institucional; utilizando-o como ferramenta de gestão na tomada de decisões que envolvem dilemas éticos;
- Promove processo transparente de divulgação de incidentes relacionados à segurança para os pacientes/ clientes, incluindo mecanismos de apoio para pacientes/clientes, acompanhantes e prestadores de cuidados. (ONA, 2018²⁴).

2.2.1.16. A adequação das áreas físicas faz-se necessária para cumprimento, primeiramente, de requisitos legais, mas também dos Fundamentos de Gestão em Saúde, previstos no Manual da ONA, e de requisitos que aparecem em várias seções e suas subseções do Manual, mais explicitamente nos requisitos de Nível 1 e 2, na seção 1 – Gestão Organizacional, subseção 1.9 – Gestão da Infraestrutura e Tecnologia mas também em todas as subseções da seção 2 – Atenção ao Paciente e seção 3 – Diagnóstico e terapêutica:

2.2.1.17. Subseção 1.9: Gestão da Infraestrutura e Tecnologia: _Planejamento e gerenciamento da estrutura físico-funcional das instalações, mobiliário, equipamentos e integração com a monitoração do ambiente tecnológico (servidores, armazenamento e rede comunicação). A gestão deve abranger os processos de comissionamento predial, de infraestrutura e tecnologia seguindo com os aspectos gerenciais da operação, a gestão da comunicação e os aspectos de segurança, de saúde e ambientais.

2.2.1.18. Padrão Nível 1: Controle e manutenção da infraestrutura predial e tecnológica apropriada ao perfil e a complexidade da organização, promovendo segurança estrutural da informação.

2.2.1.19. Requisitos Nível 1:

- Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura;
- Planeja e implementa sistematicamente a manutenção preventiva e corretiva das instalações, mobiliários e equipamentos, incluindo calibração;



- Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluídos a calibração;
- Monitora o desempenho de fornecedores críticos alinhado à política de gestão dos fornecedores de serviços e produtos;
- Dispõe de plano de contingência para atender as situações de emergência;
- Provê local adequado para o manejo de resíduos;
- Estabelece periodicidade para realização da inspeção de instalação;
- Monitora a manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de informática;
- estabelece mecanismos e procedimentos para armazenamento de dados de forma segura e a realização de *backup*;
- Estabelece plano de contingência para a recuperação de dados dos sistemas de informação;
- Capacita os usuários periodicamente para utilização correta dos sistemas de informática e *software*;
- Identifica e planeja e implementa ações de aquisição, manutenção e atualização de *software* e hardware, com participação de equipe multidisciplinar;
- Estabelece o plano de contingência para a recuperação de dados dos sistemas de informação.
- Estabelece critérios para aquisição e incorporação de novas tecnologias.

2.2.1.20. Padrão Nível 2: Gerencia as condições de infraestrutura institucional e tecnológica, buscando um constante e contínuo de acompanhamento na forma de atingir melhorias nas organizações

2.2.1.21. Requisitos Nível 2:

- Acompanha e avalia as condições de infraestrutura institucional, promovendo melhorias;
- Avalia o impacto das obras de reforma nas práticas assistenciais e no negócio da instituição gerando aprendizado;
- Gerencia os equipamentos de infraestrutura de forma a atender as necessidades do tipo de serviço seguindo os critérios de seleção, aquisições, instalação e funcionamento;
- Gerencia a manutenção preventiva e corretiva das instalações e equipamentos;
- Gerencia as demandas promovendo ações de melhoria dos sistemas informatizados;
- Utiliza dados dos sistemas de informática e estrutura de tecnologia para promover ações de melhoria.



2.2.1.22. Seção 2 – Apoio ao Paciente e Seção 3 – Diagnóstico e terapêutica: O Requisito abaixo aparece no Nível 1 de todas as 14 subseções da seção 2 em todas as 7 subseções da seção 3: “*Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura*” (ONA, 2018²⁵).

2.2.1.23. Atualmente, são 1015 Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde acreditadas no Brasil, com um crescimento médio de 15% de instituições certificadas ao ano. Em Minas Gerais, são 148 OPSS certificadas, sendo 48 Hospitais entre públicos, privados e filantrópicos²⁶.

2.2.2. FHEMIG E A BUSCA PELA EXCELÊNCIA

2.2.2.1. Em 2007 a Fhemig assumiu um grande desafio de implantar a Acreditação Hospitalar. Optou-se pela Acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) por se tratar de uma norma nacional, específica do setor saúde, que opera os processos de forma integral e que possibilita o desenvolvimento institucional e da gestão em diferentes níveis, conforme já descrito neste projeto. Os requisitos pontuados no Manual da ONA, corroboram ainda para a regulamentação municipal das Unidades Assistenciais e para o alcance de diferentes objetivos estratégicos em diferentes eixos estabelecidos no Mapa Estratégico da Fundação.

2.2.2.2. Para iniciar o processo, elegeu três de suas unidades assistenciais para dotar dos requisitos necessários à obtenção da Certificação, conforme os critérios estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). As três unidades da rede escolhidas para o projeto piloto foram: O Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), o Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) e o Hospital Regional João Penido (HRJP). Uma consultoria externa foi contratada visando à implantação e o acompanhamento do processo de Acreditação. Ressalta-se, conforme descrito neste estudo de Termo de Referência, a complexidade dos requisitos do Manual da ONA e que o atendimento a esses requisitos demanda o cumprimento de etapas sequenciais, com tempos distintos e, nem sempre, de curto prazo.

2.2.2.2. Após o cumprimento do cronograma proposto e com as ferramentas da qualidade implantadas, as três unidades foram submetidas, no primeiro semestre de 2010, à Auditoria Diagnóstica. Esse

²⁵ Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo. Organização Nacional de Acreditação. 2018. Versão 2018.

²⁶ Fonte: <https://www.ona.org.br/>. Pesquisa realizada em janeiro/2022.



procedimento gerou um relatório retratando o funcionamento das unidades e os pontos a serem trabalhados para a Auditoria de Certificação.

2.2.2.3. O relatório da Auditoria Diagnóstica é um importante instrumento de avaliação da realidade funcional da unidade e configura-se como um norteador para a gestão, apontando situações de não conformidade, o que permite aos gestores definirem suas metas e estratégias de superação de curto, médio e longo prazo.

2.2.2.4. Em dezembro de 2010, o Hospital Regional Antônio Dias foi submetido à Auditoria de Certificação, sendo o relatório entregue em fevereiro de 2011. O Relatório apontou algumas não conformidades, pelo não cumprimento de alguns requisitos, que já haviam sido detectados na Auditoria Diagnóstica. Contudo, os auditores, considerando o empenho da unidade em solucionar as irregularidades e entendendo as dificuldades inerentes ao serviço público, concederam o Certificado ONA Nível 1- Acreditado, para o HRAD.

2.2.2.5. O HRJP também passou pela Auditoria de Certificação, também com apontamentos de não conformidades, mas que naquele momento, não impactaram na não acreditação da Instituição, sendo essa também Acreditada ONA Nível 1.

2.2.2.6. O HIJPII, em Auditoria Diagnóstica, apresentava inúmeras não conformidades relacionadas à infraestrutura, que, quantitativamente, impediriam a certificação dessa Unidade. Por esse motivo, optou-se em não realizar auditoria para pleito da certificação desse hospital²⁷.

2.2.2.7. As Unidades HRJP e HRAD continuaram, com bastante empenho, a busca por Níveis mais elevados de Acreditação, e foram Acreditadas ONA Nível 2 em 2012 e 2013, respectivamente. Todavia, as peculiaridades da gestão pública, como, turnover da alta gestão, a morosidade na contratação de serviços de manutenção, as dificuldades para finalização de obras, foram alguns fatores que levaram essas Unidades a não sustentar seus certificados, sendo esses suspensos em 2016 e 2017.

2.2.2.8. Apesar da considerável perda e dentro das possibilidades, as 3 Unidades mantiveram o sistema de gestão da qualidade implantado visando manter a qualidade de seus processos e do cuidado prestado ao paciente.

²⁷ FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Projeto de expansão do processo de Acreditação na rede Fhemig. Belo Horizonte, FHEMIG, 2011.



2.2.2.9. A Fhemig na tentativa assídua de agregar valor para seus profissionais e satisfação para seus pacientes, tem trabalhado várias estratégias ao longo desses anos para consolidar e expandir o sistema de gestão da qualidade com vistas à Acreditação de seus hospitais.

2.2.2.10. Atualmente a Fhemig possui em sua estrutura organizacional o Núcleo de Qualidade na Assessoria de Gestão Estratégica e Projetos, na Administração Central (ADC) que, alinhado à análise de cenário, identidade institucional e objetivos estratégicos, fornece as diretrizes para implantação da Qualidade nas Diretorias da Administração Central e Unidades Assistenciais²⁸.

2.2.2.11. Muitos foram os avanços na mudança de cultura, na disseminação do planejamento estratégico, no desenho e padronização dos processos, na proposição de melhorias a partir de um instrumento robusto para monitoramento de indicadores e resultados, na implantação de políticas. Mas ainda é o início de uma longa jornada para alcance da excelência na gestão e na assistência aos pacientes. A partir da experiência já adquirida, é possível elencar os facilitadores e os dificultadores do processo para Acreditação das Unidades Fhemig.

2.2.2.12. Fatores Facilitadores do processo para Acreditação das Unidades Fhemig:

- a) O apoio da Alta Gestão, indispensável para definição de diretrizes e apoio ao processo, assegurando os meios para sua implantação e a replicação dessa cultura em toda a instituição;
- b) Construção de uma estrutura organizacional que garante a comunicação e a assessoria contínua em Qualidade da Alta Gestão até a ponta;
- c) Revisão a cada 4 anos do Planejamento Estratégico e definição dos objetivos estratégicos sendo um deles “Fortalecer a gestão da qualidade para certificação”;
- d) Estabelecimento da Identidade Institucional da Fundação tendo como um dos valores a Qualidade;
- e) Padronização das ferramentas da Qualidade para toda a rede;
- f) Determinação de Políticas prioritárias como a Política de Gestão de Riscos.

2.2.2.13. Fatores Dificultadores do processo para Acreditação das Unidades Fhemig:

- a) Insuficiência nos quadros de Recursos Humanos, em relação aos parâmetros preconizados, em áreas administrativas e assistenciais;
- b) Turnover de gestores ocupantes de cargos estratégicos;

²⁸ FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Política de gestão da Qualidade - POL QLD 001 – Gestão da Qualidade na FHEMIG. 1. ver. Belo Horizonte; FHEMIG, 2020.



- c) Deficiência na relação ADC e Unidades para formulação de diretrizes;
- d) Consolidação da Gestão da Qualidade como modelo de gestão da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais;
- d) Ausência de lideranças (Responsáveis Técnicos devidamente habilitados e registrados em seus respectivos conselhos de categoria), principalmente em setores estratégicos e prioritários;
- e) Deficiência na estruturação de diversos serviços/setores em desacordo com as legislações vigentes, a exemplo da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Engenharia Clínica, implicando na necessidade de contratação de profissionais e ou serviços especializados;
- f) Não cumprimento dos requisitos exigidos pelas normas técnicas e legislações específicas por inadequação de áreas físicas²⁹.

2.2.2.14. Especialmente este último fator, é hoje um dos maiores obstáculos para a Fhemig.

2.2.2.15. As estruturas antigas, a pouca resolutividade da Fundação para atividades destoantes de sua atividade fim e a morosidade para essas resoluções no serviço público, fazem com que a concretização das Acreditações Hospitalares se torne um objetivo distante, e a Fhemig seja alvo de notificação de órgãos reguladores.

2.2.2.16. As Unidades da Fhemig, em sua maioria, não apresentam Alvará de localização e funcionamento nem Alvará Sanitário, documento expedido por intermédio de ato administrativo privativo do órgão sanitário competente, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário (art. 23 da Lei Estadual nº 13.317, de 1999). O que torna esses hospitais inelegíveis para o processo de Acreditação³⁰.

2.2.2.17. Muito se avançou em termos de gestão e assistência ao longo dos mais de 40 anos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. E grande parte se deve aos contínuos esforços de pessoas, que da Alta Gestão à ponta, buscam diariamente prestar um atendimento mais humanizado e seguro para a população usuária do Sistema Único de Saúde. Porém o caminho ainda é longo para onde se quer chegar.

2.2.2.18. O processo de qualidade desenvolvido na rede vem somar forças para melhorar a assistência ao paciente e o ambiente de trabalho para os servidores públicos. O processo de Acreditação possibilita um grau de amadurecimento assistencial e administrativo que confere maior segurança e confiabilidade aos processos, com melhor gerenciamento dos riscos e busca de soluções de contingenciamento. O resultado

²⁹ FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Projeto de expansão do processo de Acreditação na rede Fhemig. Belo Horizonte, FHEMIG, 2011.

³⁰ Fonte: svs@saude.mg.gov.br



desta conquista reflete diretamente na assistência do cidadão-paciente, que é a razão da existência da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

2.2.2.19. Por esse motivo, tendo em vista a necessidade de promover a qualidade e a segurança da assistência oferecida pela Fhemig à população, decidiu-se pela celebração de parceria com entidade sem fins lucrativos, com objetivo de obtenção de acreditação de qualidade nas unidades que compõem os complexos hospitalares da rede Fhemig, iniciando pelo Complexo Hospitalar de Barbacena como fruto da futura parceria a ser formalizada.

2.2.3. OBJETIVOS PROJETO #ACREDITA FHEMIG

2.2.3.1. O Público alvo no primeiro ciclo do Projeto #AcreditaFhemig são os usuários dos serviços assistenciais da Fhemig e os servidores públicos em exercício nas unidades assistenciais do Complexo Hospitalar de Barbacena.

2.2.3.2. Busca-se com as ações do Projeto #AcreditaFhemig atender a necessidade de melhoria nas condições de trabalho dos servidores em exercício nas unidades e promover a ampliação da qualidade e a segurança da assistência oferecida pela Fhemig à população.

2.2.3.3. As Unidades Assistenciais contempladas no primeiro ciclo do projeto #AcreditaFhemig são:

a) Complexo Hospitalar de Barbacena (CHB):

1 – Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo;

2 – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena;

2.2.3.4. Optou-se por esse recorte porque o CHB é o complexo mais novo da Rede Fhemig, criado em 07/04/2022 por meio do decreto 48.403/2022, e se encontra ainda em processo de consolidação, tanto administrativamente quanto assistencialmente. É portanto, um momento oportuno para implantação de mudanças e padronização de processos. Além disso, dentre todas as unidades assistenciais da Fhemig, o Complexo é possui o menor nível de evolução da gestão da qualidade. É desejável que toda a Rede caminhe de forma homogênea rumo a excelência na qualidade e segurança assistencial.

2.2.3.5. Por fim, vale ressaltar que optou-se pela Acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) por se tratar de uma norma nacional, específica do setor saúde, que opera os processos de forma



integral e que possibilita o desenvolvimento institucional e da gestão em diferentes níveis, conforme já descrito neste projeto. Os requisitos pontuados no Manual da ONA, corroboram ainda para a regulamentação municipal das Unidades Assistenciais e para o alcance de diferentes objetivos estratégicos em diferentes eixos estabelecidos no Mapa Estratégico da Fundação.

2.2.3.6. Etapas do Projeto #AcreditaFhemig:

- 1ª Etapa – Avaliação (auditoria interna)
- 2ª Etapa – Capacitações, intervenções e melhorias de processos
- 3ª Etapa – Avaliação diagnóstica para acreditação
- 4ª Etapa – Acreditação ONA
- 5ª Etapa – Manutenção da acreditação

2.2.3.7. Consonante ao descrito anteriormente neste Termo de Referência, com mais de 40 anos de existência, é de se esperar que as Unidades da Fhemig, datem também deste período.

2.2.3.10. O complexo hospitalar de Barbacena, é formado pelo: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), inaugurado em 1903; e, Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (HRBJA), criado na década de 1990 com a proposta de ampliar os serviços oferecidos pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB)³¹.

2.2.3.11. Por se tratarem de construções antigas, para além das certificações, as Unidades da Fhemig são frequentemente notificadas, pelos órgãos fiscalizadores, sobre sua infraestrutura que pode comprometer a assistência prestada e a segurança do paciente e dos colaboradores.

2.2.3.12. Nesse contexto, torna-se imperioso buscar alternativas para auxiliar o gestor a encontrar e corrigir processos ineficientes dentro do hospital e a ampliar a eficiência na gestão do serviço público. O caminho definido pela Fhemig foi a gestão da qualidade, por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional. Dessa forma, foi desenvolvido o Projeto #AcreditaFhemig, que busca a acreditação hospitalar como instrumento para ampliar e aperfeiçoar a segurança e qualidade na prestação do serviço público de saúde.

³¹ Fonte: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>.



2.2.3.13. Em suma, o papel da acreditação hospitalar é justamente padronizar processos e exigir deles o nível de excelência, visando reduzir a zero os erros nos processos de atendimento ao paciente, ao mesmo tempo que garantem maior eficiência da equipe e reduzem os custos desnecessários aos serviços de saúde.

2.2.3.14. Além disso, no atual panorama de crescente demanda por saúde pública, é necessário também providenciar meios para superar os entraves burocráticos existentes na Administração Pública, advindos principalmente de um anacrônico arcabouço legal. Neste sentido, a Fhemig prioriza no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig a parceria com entidades sem fins lucrativos para a sua execução, uma vez que tal modelo de gestão tem se mostrado como uma opção potencialmente favorável à operacionalização das políticas públicas, facultando maior autonomia e flexibilidade na atuação estatal, com foco na maior eficiência na prestação de tais serviços.

3. JUSTIFICATIVA PARA EXECUÇÃO VIA TERMO DE PARCERIA

3.1. Segundo Di Pietro (2010, p. 410³²) descentralização “[...] é distribuição de competências de uma para outra pessoa, física ou jurídica”. Portanto, é um compartilhamento de competências entre pessoas distintas, ou seja, para fora da entidade detentora original da competência.

3.2. A descentralização pode ser política ou administrativa, na descentralização política “[...] o ente descentralizado exerce atribuições próprias que não decorrem do ente central [...]” (DI PIETRO, 2010, p. 410), como é o caso dos Estados e municípios brasileiros. A descentralização administrativa, por sua vez, ocorre quando “[...] as atribuições que os entes descentralizados exercem só têm o valor jurídico que lhes empresta o ente central; suas atribuições não decorrem com força própria, da constituição, mas do poder central” (DI PIETRO, p. 411, 2010).

3.3. As principais justificativas para a instituição de formatos descentralizados de administração pública é a busca por maior autonomia administrativa, especialização e a proximidade com a política pública a ser executada estando o mais próximo possível do local de execução. Sobre o benefício da especialização Di Pietro (2010) afirma que: “*A descentralização, além de aliviar o órgão central de certo número de*

³² Di Pietro, Maria Sylvia Zanella. Direito administrativo - 23.ed. Rev., atual – São Paulo: Atlas, 2010.



atividades, ainda traz o benefício da especialização; com a criação da entidade, formar-se-á (ou deveria formar-se) um corpo técnico, especializado na execução do serviço que lhe foi confiado” (DI PIETRO, 2010, p. 414).

3.4. O Estado de Minas Gerais sancionou a Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, a qual instituiu o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para Entidades do Terceiro Setor, a ser implementado por meio da parceria entre o Estado e as entidades qualificadas como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscip, como Organização Social (OS) e como Serviço Social Autônomo (SSA). O referido Programa objetiva “a promoção da qualidade e da eficiência na prestação dos serviços públicos e no atendimento ao cidadão, com a adoção de mecanismos que possibilitem a integração entre o setor público, a sociedade e o setor privado”, conforme art. 3º da Lei Estadual supramencionada.

3.5. A Organização Social e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público são qualificações concedidas pelo Poder Público a entidades de natureza privada sem fins lucrativos, associações e fundações, que habilita tais entidades a celebrarem, respectivamente, contratos de gestão e termo de parceria para atuarem na execução de políticas públicas em parcerias com o Estado.

3.6. Conforme parágrafo único do art. 2º da Lei Estadual nº 23.081, de 2021, as Organizações Sociais selecionadas para celebração de contrato de gestão poderão assumir a gestão e execução de atividades e serviços de interesse público. Esse é um formato de co-execução, no qual a entidade parceira será responsável pela execução de todas ou das principais ações do serviço ou política pública.

3.7. O formato de parceria com Organização da Sociedade Civil de Interesse Público possui objeto voltado para atividades o apoio à execução da política pública, o órgão continua sendo responsável pela execução da política pública, sendo a entidade parceira responsável por atividades ou execução de projetos específicos, que não se caracterizem como prestação continuada de serviços.

3.8. O Serviço Social Autônomo – SSA é pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos de interesse coletivo e de utilidade pública, instituído pelo poder público a partir de lei autorizativa específica, que poderá atuar mediante a celebração de convênio ou contrato de gestão em parceria com a administração pública estadual na execução de políticas públicas.



3.9. Importante destacar que o poder público mantém a titularidade do serviço que será prestado por meio das parcerias previstas na Lei Estadual nº 23.081, de 2021, o patrimônio permanece público assim como a prestação do serviço. Os modelos propostos dispõem de forma de atuação autônoma e flexível, mas controlada pelo Poder Público.

3.10. A estratégia de contratualização de resultados com parceiros privados que não possuem finalidade lucrativa visa alcançar os melhores resultados com a utilização do modelo de gestão. Os ganhos de eficiência e as melhorias assistenciais podem ser atribuídos, entre outros fatores, à maior autonomia e flexibilidade de gestão, à contratualização por metas possibilitando respostas tempestivas às necessidades gerenciais e, assim, maior eficiência na prestação do serviço.

3.11. Muito embora se traga o relato acerca de modelos de parceria entre a administração pública e o terceiro setor, notadamente os derivados do movimento de publicização iniciado na década de 1990, é necessário ressaltar que a história da prestação de assistência à saúde pelo Terceiro Setor no Brasil remonta ao século XVI, com a criação das Santas Casas de Misericórdia. A Constituição Brasileira reconhece as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos como parceiras fundamentais do Estado na assistência prestada pelo SUS: *“Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (CF/1988. Grifo nosso).*

3.12. Tendo em vista os objetivos do Sistema Único de Saúde, bem como as necessidades dos cidadãos, evidencia-se a percepção de BARATA e MENDES (2007, p. 1): *“(…) se cabe aos governos garantir os serviços de saúde para todos, não há razão para considerar que estes serviços não possam buscar mais eficiência em sua gestão, mantendo o caráter público com novas modalidades gerenciais”*. De fato, a participação do terceiro setor tem sido fundamental na expansão de serviços de assistência à saúde, de modo que, em 2020, no Brasil, as entidades sem fins lucrativos foram responsáveis por mais de 4,2 milhões das internações do SUS (cerca de 41,31% do total), conforme dados do DATASUS.

3.13. A lógica de contratualização por resultados, com uma estrutura pública de monitoramento, avaliação e a fiscalização da parceria é a tônica das parcerias previstas na Lei Estadual nº 23.081, de 2018.



3.14. Em conformidade com a Lei Estadual nº 23.081, de 2018, com o Decreto Estadual 47.553, de 2018, bem como com as diretrizes emanadas do Estado de Minas Gerais, a Fhemig optou celebrar termo de parceria com entidade sem fins lucrativos qualificada com o título de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

3.15. A Fhemig já estuda e realiza estudos acerca da descentralização administrativa de serviços por meio da parceria com entidades sem fins lucrativos desde 2019.

3.16. Estudo do TCE/SC aferiu que os aspectos organizacionais presentes no modelo de gestão por OS, como maior autonomia decisória, estabelecimento de metas de produção, prestação de contas, flexibilização na gestão dos recursos humanos e maior exposição ao mercado e à concorrência, tornam os hospitais geridos por estas entidades mais eficientes que os hospitais geridos diretamente pelo Estado³³.

3.17. Estudo³⁴ comparativo, datado de 2017, que buscou apresentar resultados dos hospitais gerais da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, vinculados à Administração Direta e daqueles gerenciados por Organizações Sociais, no período compreendido entre os anos de 2013 e 2016, em relação aos indicadores de desempenho mostrou que as unidades hospitalares gerenciadas por OS apresentaram melhores resultados quanto a tempo de permanência, taxa de ocupação, utilização da sala de operação, renovação de leitos, taxa de cesáreas, infecção hospitalar e gastos em relação a produção.

3.18. Os autores do supracitado estudo concluíram que o modelo de OS tem se mostrado uma alternativa válida e de sucesso em relação ao modelo de administração direta de serviços. Segundo os autores, os melhores resultados das unidades geridas por Organizações Sociais podem ser atribuídos à maior autonomia de gestão, melhor estruturação de processos, como os de aquisição de bens e insumos e à contratualização por meio da definição de metas.

3.19. Em outro exemplo, o Estado de Goiás adotou em 2002 o modelo de gestão por OS para o setor da saúde. Dados e informações levantados por estudo³⁵ mostraram vantagens competitivas do modelo de OSS no Estado, quais sejam: flexibilidade no processo de aquisição de bens e serviços; implantação da

³³ Tribunal de Contas de Santa Catarina. Análise econométrica da eficiência dos hospitais estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão. Florianópolis, 2017.

³⁴ Mendes, JDV e Bittar OJNV. Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde. 2017.

³⁵ As organizações sociais de saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – o caso Huana. Barbosa *et al* (2014).



cultura de monitoramento e avaliação de desempenho; estabelecimento de metas em relação ao uso de recursos.

3.20. Os diferentes modelos de gestão hospitalar também foram objeto de estudo³⁶ comparativo no Estado do Espírito Santo. Foram comparados dois hospitais, com características semelhantes, um administrado diretamente pelo Estado e outro por Organização Social. Observou-se no hospital gerido por OS: maior volume de produção, maior eficiência, melhor gestão de recursos humanos e melhor gerenciamento de processos em relação ao hospital gerido pela Administração Direta. Ademais, como resultado da avaliação de desempenho dos hospitais, encontrou-se que a maior parte dos funcionários e pacientes do hospital gerido por Organização Social tendem a concordar ou concordam quanto à eficiência, à modernidade, ao atendimento das necessidades e à qualidade do serviço prestado.

3.21. Conclui-se, a partir de todo exposto, que a utilização da parceria com Organizações Sociais tem alto potencial de aprimorar a gestão de serviços públicos que o Estado precisa garantir, mas não consegue fazê-lo em decorrência de dificuldades inerentes a sua natureza jurídica.

3.22. Para além do estudo das legislações que tratam de Organizações Sociais em outros entes, importante ressaltar o esforço da Fhemig empenhado em conhecer, na prática, o funcionamento dos contratos de gestão em Estados que mostraram bons resultados ao longo dos anos na parceria com o Terceiro Setor. Visitas técnicas foram realizadas nos estados de São Paulo, Goiás, Santa Catarina e Bahia. Também foram realizadas visitas em Uberlândia e Betim, municípios mineiros com experiências com resultados exitosos.

3.23. Tendo em vista as similaridades das vantagens na aplicação dos modelos de parcerias com OS e Oscips, como apontado pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão em documento disponibilizado em seu site³⁷, a Fhemig acredita que a troca de experiências com os gestores destes Estados e municípios permitiram a identificação de oportunidades de melhoria em relação à utilização do modelo e a incorporação de boas práticas em todo o processo de implementação de parcerias com entidades sem fins lucrativos pela Fhemig.

³⁶ GAIGHER, Marcelle. Modelo de gestão em organização social e na administração direta: um estudo comparativo de dois hospitais estaduais no Espírito Santo. 2017.

³⁷ Fonte: https://planejamento.mg.gov.br/sites/default/files/documentos/planejamento-e-orcamento/parcerias-com-o-terceiro-setor/portfolio_modelos_de_parcerias_oscip_e_os_vf_dez2020.pdf



3.24. A Nota Técnica nº 2/SEPLAG/DCTP/2022 (id. 42982263), concluiu pela viabilidade da execução do objeto do Termo de Parceria ou contrato de gestão:

Ante o exposto, restando atendido o enquadramento a uma das áreas elencadas nos art. 5º e 43 da [Lei Estadual nº 23.081/2018](#) e tendo sido cumpridos os requisitos mínimos exigidos no art. 8º do do [Decreto Estadual nº 47.554/2018](#) e no art. 10 do [Decreto Estadual nº 47.553/2018](#), não se identifica óbice à manifestação favorável da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais quanto à viabilidade de execução do objeto proposto por meio de termo de parceria ou, ainda, se pertinente, de contrato de gestão. Nota Técnica nº 2/SEPLAG/DCTP/2022 (id. 42982263)

3.25. A Fhemig deliberou pela celebração de termo de parceria com Oscip, considerando que a o objeto e as atividades previstas não envolvem a gestão de equipamento público e nem a co-gestão de política pública, mas sim o apoio à política pública de saúde, visto que a Fhemig continua sendo responsável pela execução das principais ações da política pública de saúde, sendo a entidade parceira responsável pela execução de atividades no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig.

3.26. Os resultados esperados do Projeto #AcreditaFhemig compreendem o treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional. O resultado final será a obtenção e manutenção da Acreditação ONA.

3.27. Conforme Nota Técnica nº 2/SEPLAG/DCTP/2022 (id. 42982263), observa-se a vinculação do objeto proposto às áreas da qualificação como Oscip, necessária à celebração do termo de parceria, cabe destacar que o art. 5º da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, prevê as atividades referentes à estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos, além da saúde gratuita como áreas de qualificação das entidades sem fins lucrativos como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscip.



3.28. O art. 22 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, estabelece que a vigência do termo de parceria, incluindo seus aditivos, será de até cinco anos. Considerando que o Projeto #AcreditaFhemig compreende etapas planejadas com início e fim bem delimitados, não representando uma atividade contínua, a vigência 48 meses proposta para a parceria está adequada para a vigência máxima permitida para termos de parceria na Lei Estadual nº 23.081, de 2018.

3.29. A qualificação como Oscip é concedida pelo Estado de Minas Gerais a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, habilitando essas entidades a celebrarem termo de parceria com o Estado para atuarem na execução de políticas públicas, com o objetivo de melhorar os serviços oferecidos à sociedade.

3.30. Essa qualificação funciona como uma etapa prévia de avaliação pelo poder público da capacidade e regularidade da entidade sem fins lucrativos. Para obtê-la, a entidade precisa comprovar que atende a todos os requisitos legais e procedimentos exigidos na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e do Decreto nº 47.554, de 2018. Os requisitos legais exigidos – por exemplo, ato constitutivo registrado em cartório, a finalidade social de seus objetivos, a não distribuição de lucros ou excedentes, a adoção de práticas necessárias para coibir a obtenção, individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens pessoais em decorrência de participação nas atividades da entidade e a comprovação de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária – visam demonstrar sua atuação regular. Além disso, a entidade precisa comprovar que atua em prol da coletividade e que possui experiência na execução direta de projetos, programas ou planos de ação relacionados às áreas de atividade em que pretende se qualificar ou à prestação de serviços intermediários de apoio a outras organizações ou entidades privadas e ao setor público em áreas afins, por, no mínimo, dois dos últimos cinco anos anteriores à data do requerimento de qualificação.

3.31 De dezembro de 2003 a julho de 2018, foi vigente o modelo de parcerias com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), e, em 2018, o arcabouço normativo foi completamente revisto, resultando na publicação da Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, e dos Decretos Estaduais nº 47.553 e nº 47.554, ambos de 07 de dezembro de 2018. Esta renovação possibilitou o refinamento do modelo, por meio do aprimoramento do modelo de parcerias com Oscip, e a instituição do modelo de parcerias com Organizações Sociais (OS). Este histórico denota ampla experiência do



Governo do Estado de Minas Gerais na temática e constante compromisso com a evolução e o aprimoramento dos modelos de parcerias com o Terceiro Setor.

3.32. O intervalo de praticamente vinte anos entre a publicação das Leis Federais nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (instituiu as parcerias com OS) e nº. 9.790, de 23 de março de 1999 (instituiu as parcerias com Oscip) e a Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, permitiu ao estado de Minas Gerais a implementação de uma legislação mais moderna, que buscou os aprendizados vivenciados pelos quinze anos de adoção da publicização, mediante termos de parceria com Oscip em Minas Gerais e as conclusões do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923 e as experiências dos diversos entes da federação que implementaram o modelo de Organização Social e celebraram contratos de gestão ao longo deste período. A análise das experiências de parcerias vivenciadas em diversos estados e municípios permitiu ao legislador estadual evitar questões problemáticas já vivenciadas em outras esferas e incorporar à legislação mineira elementos que potencializam o uso dos modelos.

3.33. Dessa forma, objetivando aprimorar os atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde, bem como aumentar a eficiência na prestação dos serviços de saúde ofertados a este público, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pretende implantar um modelo de execução compartilhada de atividades com uma Oscip, que atenda às necessidades da população obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do Sistema de Saúde.

3.34. A principal justificativa para a instituição de formatos descentralizados de administração pública é a busca por maior autonomia administrativa, especialização e a proximidade com a política pública a ser executada a ser enfrentado, o mais próximo possível do local de execução.

3.35. A estratégia de contratualização de resultados com parceiros que não possuem finalidade lucrativa visa alcançar os melhores resultados, conforme observado em experiências de outros estados, municípios e do próprio Estado de Minas Gerais, com mais de 18 anos (2003 - 2021) de aprendizados com as parcerias com o terceiro setor via termos de parceria com Oscip.

3.36. Dessa forma, por meio da formalização da parceria com entidade sem fins lucrativos para gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços necessários para a obtenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde que compõem os complexos hospitalares da rede Fhemig, espera-se que ampliar



a eficiência na gestão do serviço público por meio da gestão da qualidade, implantando uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.

3.37. Devido à sua natureza jurídica privada, atuando em parceria com o poder público, a entidade sem fins lucrativos possui maior flexibilidade gerencial e agilidade nas compras e contratações que confere a esse modelo de gestão grande potencial para a otimização dos serviços públicos e redução do custo administrativo, permitindo maior eficiência no uso dos recursos, que terá como efeito a ampliação da oferta de serviços e melhoria na qualidade dos serviços ofertados aos usuários do SUS.

3.38. Muitas são as dificuldades enfrentadas pelas unidades objeto da parceria proposta, que executam os serviços de saúde de forma direta. Dentre elas estão: 1) Ausência de quadro de pessoal especializado suficiente e dificuldades de contratação com salários competitivos com o mercado, em função da necessidade de cumprir o disposto na Lei de Responsabilidade Fiscal; e, 2) Processos burocráticos que não atendem às peculiaridades do setor de saúde em relação à agilidade e urgência, inclusive sanitárias, de algumas contratações e aquisições, que dificultam o atendimento de padrões exigidos pelas regras para obtenção e manutenção da acreditação hospitalar.

4. OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS DO TERMO DE PARCERIA

4.1. Objeto: GERENCIAR, OPERACIONALIZAR E EXECUTAR AS AÇÕES E SERVIÇOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO E MANUTENÇÃO DE ACREDITAÇÃO DE QUALIDADE EM UNIDADES DE SAÚDE DA REDE FHEMIG NO ÂMBITO DO PROJETO #ACREDITAFHEMIG, incluindo ações de treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.

4.2. Locais de execução do objeto:



Complexo Hospitalar de Barbacena	Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo	Avenida 14 de agosto, s/nº. Bairro Floresta - Barbacena/MG
	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena	Praça Presidente Eurico Gaspar Dutra, 374. Bairro Grogotó - Barbacena/MG

4.3. Perfil das Unidades Assistenciais contempladas no primeiro ciclo do projeto #AcreditaFhemig

4.3.3. Complexo Hospitalar de Barbacena

Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo

4.3.3.1. O Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo foi criado com a proposta de ampliar os serviços oferecidos pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), uma vez que a Reforma Psiquiátrica e os novos modelos assistenciais tiveram como resultado o fim da cronificação de pacientes portadores de transtornos mentais e a intensificação do processo de desospitalização dos antigos moradores da "ex-colônia".

4.3.3.2. Assim, na década de 1990, teve início a reestruturação física dos antigos pavilhões situados no departamento B do CHPB, denominados "Afonso Pena", "Arthur Bernardes" e "Noraldino Lima". Esses espaços foram desativados para a construção de um hospital destinado à população da região, que já sofria com a defasagem de leitos clínicos, em especial os de tratamento intensivo.

4.3.3.3. A partir de 2000, foram empenhados esforços para finalizar as obras do Hospital Regional de Barbacena. O hospital foi inaugurado em 20 de setembro de 2005, ainda como anexo do CHPB, com a proposta assistencial de ser o primeiro hospital público da região. A partir da reestruturação organizacional da Fhemig, em janeiro de 2007, o hospital tornou-se unidade independente, integrada ao Complexo de Hospitais Gerais.

4.3.3.4. Atualmente, o HRBJA é referência no atendimento em Traumatologia, Ortopedia e linha de cuidado do paciente de acidente vascular cerebral (AVC) para a população de Barbacena e dos outros 51 municípios que compõem a região ampliada de saúde Centro-Sul, que reúne, aproximadamente, 800 mil habitantes. O HRBJA é também porta de urgência e emergência na microrregião de Barbacena, que conta com 14 municípios. Possui leitos credenciados no SUS, distribuídos entre o centro de tratamento intensivo adulto, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, além do pronto atendimento.



4.3.3.5. Perfil assistencial:

- O HRBJA oferece pronto atendimento clínico adulto aos usuários da microrregião de Barbacena. As consultas e cirurgias eletivas são realizadas por meio de encaminhamento da central de regulação do SUSFácil;
- No ambulatório de egresso são realizadas consultas de retorno pós-operatório em Ortopedia, Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Vascular e Plástica para pacientes atendidos no HRBJA, após alta hospitalar, encaminhados pelo próprio hospital.

4.3.3.8. Especialidades: Atendimento em urgência e emergência; Atendimento em Clínica Médica, Cirurgias Gerais, Vasculares, Ortopédicas, de Trauma e Bucomaxilofacial de urgência; Atendimento em casos de acidentes com animais peçonhentos; e, Tratamento médico para adultos que necessitam de cuidados intensivos e intermediários.

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena

4.3.3.9. O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), localizado a 165 km de Belo Horizonte, foi inaugurado em 1903. Primeiro hospital psiquiátrico público de Minas Gerais, atuava na assistência aos "alienados", em área anteriormente ocupada por sanatório particular destinado ao tratamento de casos de tuberculose. Em 1911, a instituição se tornou "hospital colônia", tendo o trabalho como principal forma de terapia.

4.3.3.10. O CHPB pertencia à Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (Feap) e passou a integrar a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) em 1977, ano de sua criação.

4.3.3.11. Na década de 1980, foi realizada a reestruturação física e implementada a humanização do atendimento, visando reintegrar o paciente ao convívio social. Foram criadas estruturas alternativas, como internações de curto prazo (ambulatorios), hospital-dia, centros de convivência, oficinas terapêuticas e módulos residenciais.

4.3.3.12. Em 16 de agosto de 1996, foi inaugurado o "Museu da Loucura" - referência cultural dentro do hospital, com o objetivo de resgatar a memória da assistência à saúde mental e mostrar a história do antigo manicômio por meio da exibição de equipamentos, acervos e, ainda, documentação coletada em todo o estado. A iniciativa também destaca o contraste com a atual abordagem do tratamento que vem sendo oferecido aos pacientes da saúde mental, promovendo sua autonomia e reinserção social.



4.3.3.13. A partir de 2000, os avanços no processo de desospitalização e o empenho para finalizar as obras do hospital regional desencadearam um novo rumo para o CHPB. A elaboração do planejamento estratégico, construído com a comunidade hospitalar, definiu os rumos e as ações para a continuação dos projetos de humanização e de desospitalização, bem como os caminhos para estabelecer parcerias para a conclusão do Hospital Regional de Barbacena.

4.3.3.14. Em 2016 foi implantado o projeto "Casa Lar" - residência transitória, onde moradores convivem em um espaço mais próximo de um lar, possibilitando à equipe intensificar a reabilitação psicossocial e a independência dos usuários.

4.3.3.15. Em janeiro de 2020 foi implantada a Unidade de Cuidados Continuados Integrados - UCCI, que oferece, atualmente, 15 leitos clínicos de retaguarda para o Hospital Regional de Barbacena prestar assistência àqueles usuários que, apesar de estarem em condição de receber alta hospitalar, necessitam de cuidados especializados para sua reabilitação física.

4.3.3.16. Perfil assistencial:

- Internação;
- Atendimento psiquiátrico a pacientes agudos;
- Usuários de longa permanência;
- Ambulatório de saúde mental (consultas eletivas).

4.3.3.17. Serviços:

- Ambulatório de saúde mental: consultas eletivas em Psicologia, Assistência Social e Psiquiatria adulto e infantil. O encaminhamento ocorre por meio da central de marcação de consultas de Barbacena ou das unidades básicas de saúde. Após a primeira consulta, o próprio profissional responsável pelo atendimento faz o agendamento dos retornos;
- Internação adulto: atendimento psiquiátrico a pacientes agudos e usuários de longa permanência. O encaminhamento é por meio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Municipal de Barbacena. Funcionamento 24 horas;



- Atendimento em reabilitação clínica multidisciplinar (Unidade de Cuidados Continuados Integrados - UCCI). O encaminhamento é realizado pela central de marcação de consultas de Barbacena ou pelas unidades básicas de saúde.

4.4. As atividades previstas no termo de parceria não se limitam à acreditação da atual situação da unidade assistencial, mas devem considerar as mudanças no perfil assistencial, estrutura e capacidade das unidades.

4.5. Áreas temáticas do programa de trabalho:

4.5.1. ÁREA TEMÁTICA: Avaliação (auditoria interna)

4.5.1.1. Esta área temática constitui a primeira etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig.

4.5.1.2. Realização da visita de avaliação inicial, baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, em todos os serviços realizados nas unidades, bem como os terceirizados. A avaliação do terceirizado é dispensável se este possuir certificação em qualidade. Esta avaliação terá como objetivo o levantamento de não conformidades aos requisitos técnicos do manual da ONA que deverão ser registrados, de forma pormenorizada, em relatório pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

4.5.1.3. A Oscip parceira deverá realizar de forma direta a avaliação diagnóstica.

4.5.1.4. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

4.5.2. ÁREA TEMÁTICA: Capacitações, intervenções e melhorias de processos

4.5.2.1. Esta área temática constitui a segunda etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig.

4.5.2.2. Realização das capacitações dos servidores baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, assim como intervenções na infraestrutura visando adequação às exigências sanitárias e de segurança, regularização imobiliária e ambiental.

4.5.2.3 Realização de capacitações dos servidores nas ferramentas da Qualidade para implantação/manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade, seguindo as diretrizes do Manual da Qualidade e do Núcleo de Qualidade da Fhemig, bem como nos requisitos normativos para acreditação hospitalar baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA e nos requisitos normativos para



adequação às exigências sanitárias e de segurança, incluindo regularização imobiliária e ambiental, assim como intervenções na infraestrutura.

4.5.2.4. Além dos processos unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #Acredita Fhemig, a Oscip deverá considerar a necessidade de adequação de processos da administração central da Fhemig que possam vir a interferir na obtenção da acreditação.

4.5.2.5. A Oscip deverá executar as atividades previstas no termo de parceria considerando os instrumentos e padrões de gestão da qualidade já implantados pela Fhemig nas unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #Acredita Fhemig.

4.5.2.6. A Oscip parceira deverá realizar de forma direta as capacitações e melhoria de processos ou proceder com a contratação de serviços para esta finalidade, desde que atenda aos objetivos propostos neste edital.

4.5.2.7. A Oscip parceira poderá contratar a execução de projetos e obras para as intervenções necessárias.

4.5.2.8. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

4.5.3. ÁREA TEMÁTICA: Avaliação diagnóstica para acreditação

4.5.3.1. Esta área temática constitui a terceira etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig.

4.5.3.2. Realização da avaliação para acreditação baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, em todos os serviços das unidades bem como os terceirizados. As Unidades serão auditadas de acordo com plano de auditoria acordado com a direção da unidade e instituição acreditadora contratada, a partir da apresentação e discussão dos relatórios de não conformidades apontadas na avaliação de auditoria interna.

4.5.3.3. A Oscip parceira deverá realizar de forma direta uma nova avaliação interna ou realizar a contratação de uma instituição acreditadora para avaliação diagnóstica.

4.5.3.4. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

4.5.4. ÁREA TEMÁTICA: Acreditação ONA 1



4.5.4.1. Esta área temática constitui a quarta etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig.

4.5.4.2. Contratação de instituição acreditadora, ou realização direta caso a organização seja uma instituição certificadora, para realização da auditoria e obtenção da acreditação.

4.5.4.3. A Oscip parceira poderá contratar a instituição acreditadora e deverá conduzir todo o processo para a acreditação.

4.5.4.4. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

4.5.5. ÁREA TEMÁTICA: Manutenção da acreditação

4.5.5.1. Esta área temática constitui a quinta etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig.

4.5.5.2. Manutenção da acreditação obtida, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.

4.5.5.3. A Oscip parceira poderá contratar serviços especializados para a manutenção da acreditação.

4.5.5.3 A Oscip parceira poderá contratar serviços, bem como profissionais especializados para tratamento de pontos de melhoria e de não conformidades que porventura a Instituição apresente, visando a manutenção da acreditação ou o seu *upgrade*.

4.5.5.4. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

4.5.6. ÁREA TEMÁTICA: Impacto da gestão da qualidade nos indicadores das unidades atendidas

4.5.6.1. A gestão da qualidade visa definir e padronizar os processos de trabalho, otimizar a interação entre os mesmos e sua melhoria contínua, no intuito de garantir um atendimento sistematizado, seguro e eficiente à população. Os indicadores dessa área temática têm a importância de mensurar os impactos das ações do Projeto #AcreditaFhemig nas unidades contempladas pelo projeto. Através desses indicadores será possível demonstrar a melhoria dos resultados assistenciais da unidade com a execução do termo de parceria, bem como garantir o comprometimento da entidade parceria com esses resultados.

4.5.6.2. A apuração dos indicadores dessa área temática será realizada diretamente pela Fhemig a partir da quinta etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig, quando entendemos que os processos de



gestão da qualidade estarão implantados e começando a apresentar efeitos concretos na atuação das unidades assistenciais.

4.5.6.3. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

4.5.7. ÁREA TEMÁTICA: Gestão da Parceria

4.5.7.1. Valores fundamentais para a gestão de qualquer política pública, a legalidade e a transparência também devem ser constantemente monitoradas e promovidas no âmbito do termo de parceria.

4.5.7.2. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

4.6. RESPONSABILIDADES DOS ATORES ENVOLVIDOS

4.6.1. Espera-se que a Oscip parceira contribua para implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional, por meio do gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços necessários para a obtenção de acreditação de qualidade nas unidades assistenciais do Complexo Hospitalar de Barbacena, contempladas no primeiro ciclo do Projeto #AcreditaFhemig, incluindo no escopo:

4.6.1.1. treinamento e capacitação de servidores;

4.6.1.2. melhoria de processos;

4.6.1.3. diagnóstico da infraestrutura das unidades e proposição de intervenções;

4.6.1.4. execução de projetos, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e à segurança e ambiental;

4.6.1.5. regularização imobiliária;

4.6.1.6. obtenção e manutenção de acreditação ONA, para as unidades dos complexos;

4.6.1.6. promoção de melhoria contínua de estrutura, tecnologias, atualização técnico profissional, e boas práticas assistenciais com vistas à manutenção da acreditação obtida.

4.6.2. Além do escopo específico de entregas da parceria apresentado acima, destacamos que complementam esse rol responsabilidades as previstas no ANEXO IV – MINUTA DO TERMO DE PARCERIA



E SEUS ANEXOS, deste Edital, na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e no Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

4.6.3. No âmbito desta parceria, a Fhemig permanecerá com suas responsabilidades e competências relacionadas à política pública de saúde e à prestação do serviço, incluindo a gestão das unidades hospitalares que serão atendidas pelo projeto. Nesse sentido, destacamos suas principais responsabilidades:

4.6.3.1. Elaborar e conduzir a execução da política pública executada por meio da parceria;

4.6.3.2. Acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução da parceria, devendo zelar pelo alcance dos resultados pactuados e pela correta aplicação dos recursos a ele vinculados;

4.6.3.3. Prestar o apoio necessário e indispensável à entidade parceria para que seja alcançado o objeto do instrumento jurídico celebrado em toda sua extensão e no tempo devido;

4.6.3.4. Repassar à entidade parceira os recursos financeiros previstos para a execução do instrumento jurídico celebrado, de acordo com o cronograma de desembolsos previsto;

4.6.4. Além desse das responsabilidades apresentadas acima, destacamos que complementam esse rol responsabilidades as previstas no ANEXO IV – MINUTA DO TERMO DE PARCERIA E SEUS ANEXOS, deste Edital, na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e no Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

4.7. DIRETRIZES E RESPONSABILIDADES DA ENTIDADE PARCEIRA – EIXO GESTÃO

4.7.1. A entidade vencedora deverá executar todas as atividades inerentes à implementação do termo de parceria, baseando-se no princípio da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, e zelar pela boa qualidade das ações e serviços prestados, buscando alcançar eficácia, efetividade e razoabilidade em suas atividades.

4.7.2. Obedecer toda a legislação que organiza o Sistema Único de Saúde, suas instâncias e o relacionamento entre elas, respeitando as portarias e normas operacionais do SUS, emanadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde, pelos Conselhos de Saúde, pela FHEMIG ou por outros órgãos competentes.



4.7.3. Utilizar os bens imóveis e bens permanentes, custeados com recursos do termo de parceria no objeto pactuado, podendo, somente em casos excepcionais e devidamente justificados e autorizados, ser utilizados em outras ações vinculadas ao cumprimento do objeto social da entidade sem fins lucrativos.

4.7.4. Manutenção/implantação de padronização visual da unidade de saúde da Fhemig, conforme orientações da FHEMIG.

4.7.5. Assegurar o cumprimento do termo de parceria através do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas.

4.7.6. Em relação ao acesso e arquivamento de informações e documentos de caráter público, a entidade vencedora deverá observar e seguir todas as normativas vigentes e pertinentes, nos termos da Lei 8.159/1991, e regulamentos complementares, bem como determinações do Conselho Federal de Medicina que versa sobre normas técnicas para a guarda, manuseio e tempo de guarda do Prontuário Médico.

4.7.7. A entidade vencedora deverá observar, no transcorrer da execução de suas atividades, todas as orientações emanadas pelo OEP, pela SEPLAG e pelos órgãos de controle interno e externo.

4.7.8. No que tange a transparência e acesso à informação, devem ser observadas e respeitadas pela entidade vencedora as previsões existentes na Constituição Federal e na Legislação vigente, bem como regulamentos complementares, e diretrizes da Controladoria Geral da União dentro do programa Brasil Transparente e da Controladoria Geral do Estado - CGE.

4.7.9. A entidade vencedora deverá providenciar, implantar e adotar plataforma eletrônica de prestação de contas que permita integração e interfaceamento com os sistemas de gestão hospitalar, sistema financeiro e demais sistemas que se façam necessários para a alimentação dos dados de controle e monitoramento do termo de parceria.

4.7.10. O Sistema de Prestação de Contas deverá ser disponibilizado em até 90 dias a contar da assinatura do contrato de gestão e permitir a alimentação, por meio de assinatura digital diária dos registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas. O referido módulo deve prover o registro completo dos dados para subsidiar o monitoramento e acompanhamento financeiro e contábil do contrato de gestão, dos registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas, garantindo a segurança jurídica da legislação



aplicável bem como a importação, exportação e armazenamento de todos os documentos pertinentes a execução financeira.

4.7.11. . A referida plataforma eletrônica de prestação de contas deverá gerar e transmitir os seguintes relatórios para a prestação de contas dos repasses recebidos pela entidade vencedora:

- 4.7.11.1. resumos financeiros, aplicações financeiras e conciliação bancária;
- 4.7.11.2. repasses e pagamentos efetuados;
- 4.7.11.3. centro de custo e gastos com colaboradores;
- 4.7.11.4. relação de fornecedores de materiais e serviços e fornecedores médicos;
- 4.7.11.5. grupo de despesas / itens de despesas;
- 4.7.11.6. demonstrativo imobilizado;
- 4.7.11.7. relação de contratos;
- 4.7.11.8. controle de estoque;
- 4.7.11.9. demonstrativo de depreciação;
- 4.7.11.10. folha de pagamento de pessoal, de dirigentes e servidores, bem como seus encargos e rescisões trabalhistas;
- 4.7.11.11. demonstrativo de pagamento custo fixo e recibo de pagamento autônomo;
- 4.7.11.12. relação de bens móveis e bens inservíveis;
- 4.7.11.13. relatório contábil de demonstração do resultado do exercício;
- 4.7.11.14. balancetes analíticos e sintéticos;
- 4.7.11.15. balanço patrimonial;
- 4.7.11.16. investimento em reforma de imóvel e aquisição de equipamentos;
- 4.7.11.17. boletim financeiro, com fluxo de caixa e pagamentos de juros;
- 4.7.11.18. metas de produção e declarações;
- 4.7.11.19. demandas judiciais;



- 4.7.11.20. registro diário de todos os fatos contábeis;
- 4.7.11.21. razão contábil.
- 4.7.12. Armazenar e disponibilizar no primeiro dia útil após cada movimentação financeira, acesso a toda documentação referente às despesas realizadas, tais como:
 - 4.7.12.1. extrato bancário;
 - 4.7.12.2. contratos;
 - 4.7.12.3. relatórios de medição,
 - 4.7.12.4. recibo de prestação autônomo; RPA;
 - 4.7.12.5. guia de recolhimento do fundo de garantia;
 - 4.7.12.6. notas fiscais e cupons fiscais;
 - 4.7.12.7. comprovante de pagamento e recibos;
 - 4.7.12.8. boletos;
 - 4.7.12.9. orçamentos;
 - 4.7.12.10. certidões negativas de débito;
 - 4.7.12.11. guias de recolhimento do documento de arrecadação de Receitas Federais – DARF;
 - 4.7.12.12. guias de recolhimento do documento de arrecadação estadual - DAE.
- 4.7.13. A plataforma eletrônica de prestação de contas deverá dispor de software integrador para elaboração dos demonstrativos e indicadores econômico-financeiros, evidenciando as movimentações contábeis e financeiras referentes termo de parceria.
- 4.7.14. A plataforma eletrônica de prestação de contas deverá dispor de módulo para certificação digital dos documentos eletrônicos que serão transmitidos à FHEMIG, com segurança e transparência.
- 4.7.15. Dispor de módulo de acompanhamento e fiscalização, que possibilite à Comissão Supervisora do Termo de Parceria analisar e classificar os registros, bem como notificar a entidade vencedora de eventuais inconsistências.



4.7.16. Os arquivos transmitidos e assinados digitalmente deverão ser criptografados pelo emitente contador legalmente habilitado e descriptografados no recebimento das prestações de contas com o objetivo de conferir segurança à transmissão de dados.

4.7.17. Os relatórios gerenciais emitidos pelo módulo financeiro devem ser compatíveis com a memória de cálculo do termo de parceria celebrado, com os modelos de Relatórios Gerenciais específicos do termo de de parceria e demais condições que serão postas pela FHEMIG, relativas aos trabalhos de monitoramento, avaliação e prestação de contas.

4.7.18. A FHEMIG deverá ter acesso total aos sistemas, com usuários e senhas próprios, de modo a permitir o monitoramento contínuo das operações, podendo ser propostas, quando houver necessidade, medidas corretivas.

4.7.19. A entidade parceira, quando solicitada pela FHEMIG, deverá fornecer quaisquer dados e/ou informações, bem como garantir plena disponibilidade dos sistemas informatizados adotados. A FHEMIG poderá solicitar à entidade parceira novas funcionalidades para os sistemas informatizados, cuja disponibilidade será previamente pactuada entre as partes.

4.7.20. Cumprir a legislação sobre a privacidade de dados nos termos da Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção a Dados).

4.7.21. No cumprimento do termo de parceria, garantir a segurança patrimonial e pessoal dos usuários do Sistema Único de Saúde, dos servidores e trabalhadores terceirizados na unidade de saúde, bem como de seus empregados.

4.7.22. . Disponibilizar em seu sítio eletrônico, estatuto social atualizado, a relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade sem fins lucrativos, ato de qualificação ou ato de renovação da qualificação da entidade sem fins lucrativos como OSCIP, termo de parceria e a respectiva memória de cálculo, regulamentos próprios que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas, relatórios gerenciais de resultados, relatórios de monitoramento e os relatórios da comissão de avaliação, no prazo de cinco dias úteis a partir da assinatura dos referidos documentos.

4.7.23. A entidade vencedora deverá realizar todas as atividades quantificadas no termo de parceria, atendendo aos parâmetros de qualidade exigidos.



4.7.24. A entidade vencedora deverá estabelecer rotinas administrativas de funcionamento, adotando documentos de Gestão da Qualidade (Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão, Matriz de Registro, Guia e Manuais, Fluxogramas, dentre outros), devidamente atualizados e anuídos pelo Responsável Técnico.

4.7.24.1. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

4.7.24.2. Todos os documentos citados deverão obedecer a Política de Gestão da Qualidade da FHEMIG.

4.7.25. A entidade vencedora deverá garantir mecanismos e procedimentos de adoção de Compliance, promovendo segurança e minimização de riscos, garantindo o cumprimento dos atos, regimentos e normativas estabelecidas interna e externamente.

4.7.26. A entidade vencedora deverá remeter imediatamente ao Supervisor do termo de parceria as intimações e as notificações administrativas e/ou judiciais, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses da FHEMIG.

4.7.27. Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados ao Órgão Estadual Parceiro, usuários e/ou terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução do termo de parceria.

4.7.28. A entidade vencedora deverá garantir mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e da aplicação efetiva de códigos de ética e conduta.

4.7.29. A entidade vencedora deverá assegurar que toda divulgação das ações objeto do termo de parceria seja realizada com o consentimento prévio e formal do OEP, e conforme as orientações e diretrizes acerca da identidade visual do Governo do Estado.

4.7.30. A entidade vencedora deverá manter registro, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao termo de parceria.

4.7.31. A entidade vencedora deverá permitir e facilitar o acesso de técnicos do OEP, do conselho de saúde, da comissão de avaliação, da SEPLAG, da CGE e de órgãos de controle externo a todos os documentos relativos à execução do objeto do termo de parceria, devendo conceder o acesso imediato à informação disponível ou, não sendo possível, prestar todas e quaisquer informações solicitadas em até



15 dias ou em caso de demandas judiciais com prazos menores, no prazo estipulado no ofício; ou, não sendo possível, prestar todas e quaisquer informações solicitadas no prazo fixado quando da solicitação.

4.7.32. A entidade vencedora deverá zelar pela boa execução dos recursos vinculados ao termo de parceria, observando sempre sua vinculação ao objeto pactuado; prestando contas ao OEP, acerca do alcance dos resultados e da correta aplicação de todos os recursos vinculados ao termo de parceria e bens de origem pública destinados à OS.

4.7.33. Elaborar relatório gerencial de resultados conforme modelos disponibilizados pela OEP e entregá-los à comissão supervisora em até dez dias úteis após o término de cada período avaliatório.

4.7.34. Indicar ao OEP um representante para compor a comissão de avaliação, prevista no art. 32 da Lei Estadual 23.081/2018, em até cinco dias úteis após a celebração do contrato de gestão.

4.7.35. A entidade vencedora deverá, após a extinção do termo de parceria, manter arquivados, organizados e devidamente identificados com o número do termo de parceria, à disposição do Órgão Estatal Parceiro – OEP e dos órgãos de controle interno e externo:

4.7.35.1. Os arquivos e controles contábeis, os originais das faturas, recibos, notas fiscais e quaisquer outros documentos comprobatórios de despesas relativos ao termo de parceria emitidos em nome da entidade vencedora, pelo prazo mínimo de cinco anos após a aprovação da prestação de contas ou finalização da tomada de contas especial pelo TCEMG;

4.7.35.2. Os documentos relativos às movimentações de pessoal referentes ao termo de parceria, por tempo determinado em legislação específica;

4.7.35.3. As fontes de comprovação dos indicadores e produtos, pelo prazo mínimo de cinco anos após a aprovação da prestação de contas ou finalização da tomada de contas especial pelo TCEMG.

5. LIMITES E DIRETRIZES FINANCEIRAS PARA A CELEBRAÇÃO DO TERMO DE PARCERIA

5.1. O valor total estimado a ser repassado pela Fhemig por meio do termo de parceria é de **R\$ 32.253.229,22 (trinta e dois milhões, duzentos e cinquenta e três mil, duzentos e vinte e nove reais e vinte e dois centavos)**. O valor aqui estimado é correspondente à vigência integral do termo de parceria, de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação do seu extrato no Diário Oficial dos Poderes do Estado.



5.1.1. Compõem o valor estimado a ser repassado por meio do termo de parceria os valores necessários para custear todas as atividades e entregas previstas e necessárias para a execução do objeto do termo de parceria: gastos gerais, contratação de pessoal, aquisição de bens permanentes e os custos de desmobilização.

5.2. Poderão ser constituídas pela entidade sem fins lucrativos vencedora do presente processo de seleção pública, receitas arrecadadas, conforme disposto no art. 85 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

5.2.1. O termo de parceria não definirá como meta recursos financeiros a serem arrecadados, dessa forma a Oscip deverá solicitar aprovação prévia ao OEP para iniciativas de arrecadação relacionadas ao objeto do termo de parceria.

5.2.2. As receitas arrecadadas pela Oscip, nos termos do item 5.2.1, serão obrigatoriamente aplicadas na execução do objeto do instrumento jurídico, nos termos do art. 85 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, devendo sua execução ocorrer conforme regulamentos próprios da Oscip – que disciplinem os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações, concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas – e sua demonstração constar dos relatórios de monitoramento e prestações de contas.

5.2.3. As receitas arrecadadas pela Oscip, nos termos do item 5.2 deste Termo de Referência, poderão ser revertidas ao cumprimento do objeto social da entidade sem fins lucrativos, desde que aprovado previamente pelo OEP e pela Seplag.

5.2.4. As unidades assistenciais do Complexo Hospitalar de Barbacena, contempladas no primeiro ciclo do Projeto #AcreditaFhemig, arrecadam receita por procedimentos hospitalares e ambulatoriais executados, contratados pelo Município e que sejam devidamente faturados. Este processo oriundo de contrato firmado entre a Fhemig (prestadora) e o gestor SUS, é regulamentado pela Portaria nº 3.410, de 2013, do Ministério da Saúde. Esses valores recebidos pela Fhemig por força de contratualização do Hospital com outros entes, não constituem receitas arrecadadas pela Oscip e continuarão sendo recebidos diretamente pela Fundação, sendo que sua arrecadação não altera as diretrizes financeiras previstas neste Edital.

5.4. As despesas dos exercícios contemplados pela vigência do termo de parceria estão acobertadas pelo Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG – 2020-2023 correspondente ao Programa 099 - Execução descentralizada e autônoma das ações e serviços de saúde, Ação: 4263 - Desenvolvimento das



ações de saúde no âmbito da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig, com dotações próprias a serem fixadas. Para os exercícios subsequentes, faz-se necessária a previsão e atualização no PPAG e na DCO baseada na Lei Orçamentária Anual – LOA, quando da abertura dos novos exercícios financeiros contemplados pela execução do contrato de gestão.

5.5. A síntese do planejamento das receitas provenientes de repasses da Fhemig que irão compor o termo de parceria está apresentada na tabela a seguir.

Receita	Valor máximo previsto (R\$)
Valor máximo de repasse da FHEMIG	<u>R\$ 32.253.229,22</u>

5.6. Caso a entidade vencedora do certame possua ou venha a obter a imunidades/isenções tributárias após a assinatura do termo de parceria, o valor correspondente às isenções conferidas poderão ser descontados do valor do repasse financeiro previsto acima ou remanejados para o cumprimento do objeto do termo de parceria, bem como incremento ou qualificação das entregas previstas, mediante avaliação da Fhemig.

5.7. Após a homologação do resultado do edital, em fase de celebração, a Fhemig e a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverão elaborar memória de cálculo do termo de parceria, prevista no inciso II do art. 21 da Lei Estadual nº. 23.081, de 2018, e no inciso XII do art. 31 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, e deverão ser observadas as diretrizes expostas neste anexo, sendo admitidas revisões, de acordo com o interesse público e desde que preservados os critérios para avaliação das propostas e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

5.8. Gastos com Pessoal

5.8.1. No momento da celebração do termo de parceria, a Fhemig e a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverão planejar os gastos com pessoal para fins da execução do objeto do termo de parceria.

5.8.2. Quando da celebração do termo de parceria, a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverá apresentar o valor global de salários e bolsa estágio, detalhando o quantitativo de profissionais com o valor de salários, encargos e benefícios trabalhistas. Para cada categoria



profissional, deverá ser calculado o valor dos respectivos encargos trabalhistas (para cada encargo, deverá ser demonstrada e calculada a alíquota e a base normativa e legal) e benefícios trabalhistas (para cada benefício, deverá ser demonstrado o fator de cálculo unitário). Ao final, chegar-se-á ao valor global dos gastos com pessoal planejados para o termo de parceria em comum acordo com a Fhemig, considerando as diretrizes e limites financeiros previstos neste Edital, o interesse público e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

5.8.3. A entidade PROPONENTE deve estar ciente de que o planejamento dos gastos com pessoal deve estar alinhado à Convenção Coletiva de Trabalho – CCT – da categoria a qual está vinculada, apresentando valores salariais compatíveis aos praticados no mercado da região e de acordo com o seu perfil, para cada categoria prevista para atuar no termo de parceria.

5.8.4. A compatibilidade entre o valor de cada cargo e o valor constante na(s) pesquisa(s) de salário, exigida pelo inciso II do art. 21 da Lei 23.081, de 2018, será verificada durante o processo de celebração do termo de parceria. Considerar-se-á comprovada a compatibilidade de cada valor de remuneração (dos dirigentes e trabalhadores das entidades sem fins lucrativos) caso este esteja entre o valor mínimo e o valor máximo verificado na pesquisa de salário e/ou nas informações adicionais pertinentes à composição de cada valor proposto.

5.8.5. A pesquisa de salário a ser apresentada pela entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública, durante o processo de celebração do termo de parcerias, deverá ser emitida em até 12 (doze) meses anteriores à data de publicação do Edital.

5.8.6. Detalhamento mínimo das categorias profissionais de especialistas para atuar no termo de parceria:

5.8.6.1. Gerente de projetos;

5.8.6.2. Analista de qualidade;

5.8.6.3. Engenheiro clínico;

5.8.6.4. Arquiteto hospitalar;

5.8.6.5. Engenheiro hospitalar;

5.8.6.6. Engenheiro ambiental;

5.8.6.7. Engenheiro sanitarista;



5.8.6.8. Engenheiro de segurança;

5.8.6.9. Engenheiro civil;

5.8.6.10. Engenheiro eletricitista;

5.8.6.11. Engenheiro mecânico.

5.8.7. Para definição das funções previstas deve-se utilizar as resoluções dos respectivos conselhos CAU | CREA | CONFEA, Resolução CAU nº 51/2013, Resolução Confea nº 1048/2013.

5.8.8. O profissional Analista de Qualidade deverá possuir formação superior completa em áreas da saúde, gestão da qualidade, administração ou engenharia de produção; especialização em Gestão da Qualidade; experiência de atuação profissional em Gestão da Qualidade; e, conhecimento das normas ONA, ISO 9001-2015 e ISO 31000-2018. Além disso, é desejável que a equipe de analistas da qualidade conte com profissional da área da saúde.

5.8.9. A entidade sem fins lucrativos deverá propor novas categorias, além das previstas nesta seção, quando considerá-las necessárias para a execução do objeto do termo de parceria, a proposição das novas categorias profissionais será apresentada e avaliada quando da celebração do termo de parceria e a inclusão destes na memória de cálculo deverá ser autorizada pela Fhemig.

5.8.10. As categorias profissionais mínimas de especialistas previstas acima, bem como as demais categorias apresentadas pela entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública como necessárias para a execução do objeto do termo de parceria no momento da sua celebração, deverão constar na memória de cálculo do termo de parceria.

5.9. Gastos Gerais

5.9.1. Quando da celebração do termo de parceria, a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverá prever os Gastos Gerais planejados para execução do instrumento jurídico. Em comum acordo com a Fhemig, será definido o valor global dos gastos gerais planejados para o termo de parceria, considerando as diretrizes e limites orçamentários definidos neste Edital, o interesse público e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.



5.9.2. Estarão contempladas nesta categoria todas as despesas relativas às atividades finalísticas, ligadas diretamente ao objeto do termo de parceria, e despesas típicas de área meio.

5.9.3. As atividades finalísticas dialogam diretamente com as “Áreas temáticas” previstas no programa de trabalho do termo de parceria a ser celebrado, oriundo do presente processo de seleção pública. As “áreas temáticas” estão descritas no item 4 deste ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

5.9.4. A seguir estão detalhadas as Atividades a serem realizadas na execução do programa de trabalho do contrato de gestão, relacionando-as ao perfil dos gastos planejados:

5.9.4.1. “Área Fim – Atividades e gastos”: Atividades e gastos necessários para a obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede Fhemig no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig, incluindo ações de treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias. Os gastos planejados como “Área Fim – Atividades e gastos” serão classificados conforme as etapas do projeto #Acredita Fhemig, detalhadas no item 4.4. Áreas temáticas do programa de trabalho, deste Termo de Referência: Avaliação (auditoria interna); Capacitações, intervenções e melhorias de processos; Avaliação diagnóstica para acreditação; Acreditação ONA; e Manutenção da acreditação.

5.9.4.2. “Área Meio – Atividades e Gastos”: Atividade e gastos relacionados ao suporte e apoio das atividades finalísticas.

5.9.5. As despesas típicas de área meio referem-se a todo serviço ou custo necessário para a execução do objeto do termo de parceria, mas que não possui relação direta com as atividades finalísticas e objetivos principais, previstos no Programa de Trabalho do instrumento jurídico. É o caso, por exemplo, de serviços administrativos, tais como Aluguel; Condomínio; IPTU; Energia Elétrica; Água e Esgoto; Serviços de Internet (Web Design, Hospedagem de Site, outros); Assessoria Contábil; Assessoria Jurídica; Auditoria Externa; Manutenção e Reparos em Redes e Computadores; Serviços de Instalação e Manutenção Elétrica e Hidráulica; Manutenção e Reparos em Ar Condicionado; Locação de Equipamentos e Máquinas; Serviços de Manutenção em Equipamentos e Máquinas; Serviços de Motoboy; Serviços de Segurança; Despesas Bancárias; Material de Limpeza; Material de Copa e Cozinha; Material de Escritório; entre outros.



5.10. Aquisição de bens permanentes

5.10.1. Quando da celebração do termo de parceria, a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverá prever os bens permanentes a serem adquiridos para fins da execução do objeto do instrumento jurídico. Em comum acordo com a Fhemig, será definido o valor de aquisição de bens permanentes planejado, considerando os limites orçamentários definidos neste Edital, o interesse público e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

5.10.2. Esta categoria de gasto engloba a previsão para aquisição de bens necessários para a execução do termo de parceria, tais como equipamentos médicos hospitalares, máquinas, aparelhos, utensílios, equipamentos de comunicação e telefonia; equipamentos de informática; softwares, equipamentos de som, vídeo, equipamentos de uso administrativo; mobiliário; veículos; coleção e materiais bibliográficos; equipamentos de segurança eletrônica; material didático; entre outros materiais permanentes.

5.10.3. Durante a vigência do termo de parceria, poderão ser disponibilizados pela Fhemig bens, instalações e equipamentos públicos necessários ao cumprimento dos objetivos do termo de parceria à entidade sem fins lucrativos vencedora, nos termos dos arts. 34 e 35 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018.



EDITAL FHEMIG PARA TERMO DE PARCERIA Nº 02/2022

ANEXO II - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS

Quadro Geral de Critérios				
Nº	Item	Nº	Critério	Pontuação Máxima
1	Proposta Técnica	1.1	Formulário de envio de proposta preenchido	Classificatório
2	Capacidade de Gestão Financeira	2.1	Gestão eficiente de recursos	Classificatório
3	Experiência da proponente	3.1	Comprovação de isenção/imunidade tributária	20
		3.2	Comprovação de obtenção de acreditação para instituição própria, sob gestão da proponente ou para terceiros	20
		3.3	Comprovação de obtenção de certificação de qualidade para instituição própria, sob a gestão da proponente ou para terceiros	10
		3.4	Comprovação de manutenção da acreditação ou recertificação para instituição própria, sob gestão da proponente ou para terceiros	5
		3.5	Comprovação de manutenção ou renovação de certificação de qualidade para instituição própria, sob a gestão da proponente ou para terceiros	5
		3.6	Comprovação de execução de etapas de projetos para acreditação ou certificação de qualidade	5
		3.7	Excelência reconhecida em gestão da qualidade	5
		3.8	Comprovação de experiência na execução de estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos	10



Quadro Geral de Critérios				
Nº	Item	Nº	Critério	Pontuação Máxima
		3.9	Comprovação de experiência em prestação de serviços hospitalares e/ou gestão hospitalar	30
		3.10	Comprovação de experiência na execução de atividades junto ao Poder Público	20
Pontuação Máxima Possível				130

CÁLCULO DA NOTA FINAL: Somatório da pontuação obtida em cada critério.

CRITÉRIO GERAL DE CLASSIFICAÇÃO:

Para fins de classificação na presente seleção pública, somente serão admitidas as propostas que alcançarem nota final igual ou superior a 40 pontos.

CRITÉRIOS DE DESEMPATE:

Em caso de empate entre duas ou mais PROPONENTES, será utilizado como critério de desempate a maior pontuação obtida na soma da pontuação obtida no grupo de critérios: 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 e 3.6.

Persistindo o empate, será considerada vencedora a proponente que obtiver maior pontuação no critério “3.1. Comprovação de isenção/imunidade tributária”, do Quadro Geral de Critérios, sendo considerada vencedora a proponente que obtiver maior pontuação neste critério.

Persistindo o empate, será utilizado como critério de desempate o critério “3.8. Comprovação de experiência na execução de estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos”, do Quadro Geral de Critérios, sendo considerada vencedora a proponente que obtiver maior pontuação neste critério.

Persistindo o empate, será utilizado como último critério de desempate o critério “3.9. Comprovação de experiência direta em prestação de serviços hospitalares e/ou gestão hospitalar”, do Quadro Geral de Critérios, sendo considerada vencedora a proponente que obtiver maior pontuação neste critério.



REGRA GERAL PARA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA:

Como disposto no item “7. DA FORMA DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS” deste edital, no processo de anexação dos documentos no SEI, a PROPONENTE preencherá eletronicamente o “Formulário de envio de proposta”. Neste formulário, a PROPONENTE deverá apontar quais documentos se referem a cada critério descrito neste anexo. Ou seja, o documento só será aceito para fins de pontuação no critério em que estiver devidamente relacionado no formulário do Sistema Eletrônico de Informações – SEI denominado “Formulário de envio de proposta”. Para fins de pontuação, pode ser apresentado o mesmo documento para comprovar o atendimento a mais de um critério, hipótese que deverá ser indicada no “Formulário de envio de proposta”, com exceção de regras em contrário previstas a seguir na descrição de cada critério.

1. DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS RELATIVOS À PROPOSTA TÉCNICA

1.1 - Formulário de envio de proposta preenchido

O Formulário de envio de proposta preenchido é quesito classificatório.

Para fins da aplicação deste critério, será considerado correto o Formulário de envio de proposta preenchido corretamente que atenda aos seguintes requisitos:

- a) Formulário elaborado segundo modelo disponibilizado no ANEXO XI – FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA;
- b) Formulário preenchido eletronicamente no Sistema Eletrônico de Informações – SEI;

Para preenchimento do “Formulário de Envio das Propostas”, a PROPONENTE deverá no campo “Documentos” do peticionamento eletrônico “FHEMIG – Seleção pública de entidades sem fins lucrativos – Edital Projeto #AcreditaFhemig”, previsto no item “7. DA FORMA DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS” do Edital, e preencher o “Documento principal” conforme o seguinte procedimento: clicar em “Formulário de envio de proposta”; inserir as informações solicitadas neste documento, clicar em salvar no canto superior esquerdo e fechar a página de edição.

O documento deve atender aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS, deste Edital.

2. DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS RELATIVOS À CAPACIDADE DE GESTÃO



2.1. Gestão Eficiente de Recursos

O Balanço Patrimonial e as demonstrações contábeis do último exercício disponível da entidade, já exigíveis e apresentados na forma da lei, deverão ser apresentados por todas as PROPONENTES, acompanhados de cópias dos termos de abertura e encerramento do livro diário onde se encontram transcritos, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios. Os documentos exigidos neste subitem deverão ser assinados pelo representante legal da entidade PROPONENTE e pelo seu contador e conter o nome do contador e o número de seu registro no Conselho Regional de Contabilidade.

A Comissão Julgadora, de posse do Balanço Patrimonial e das demonstrações contábeis, deverá aplicar este critério, que avaliará a situação financeira da entidade PROPONENTE por meio do Índice de Liquidez Corrente. Esse índice corresponde ao cálculo da razão entre ativo circulante e passivo circulante. Pretende-se relacionar quanto a entidade possui disponível e quanto ela pode converter para pagar suas dívidas a curto prazo.

$$\text{Índice de Liquidez Corrente} = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

Caso o Índice de Liquidez Corrente, no último exercício disponível, apresente o resultado inferior a 1, a PROPONENTE será desclassificada.

O documento deve atender aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS deste Edital.

3. DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS RELATIVOS À EXPERIÊNCIA DA PROPONENTE

O objetivo deste grupo de critérios é avaliar a experiência da PROPONENTE na execução de atividades correlatas ao objeto do Edital e às metas e entregas que serão pactuadas no termo de parceria a ser celebrado com a entidade vencedora do certame. Destaca-se ainda que os critérios de experiência não são eliminatórios ou impeditivos de participação e sim para pontuação, portanto, não desclassificam ou desabilitam a entidade no certame.

3.1. Comprovação de isenção/imunidade tributária

A PROPONENTE deverá demonstrar que goza de isenção ou imunidade em relação às contribuições para a seguridade social. Esse critério busca maximizar os recursos da parceria, visto que uma entidade parceira que não tenha que arcar com determinados encargos trabalhistas poderá utilizar esses recursos para a melhor execução das atividades pactuadas ou para gerar economia para a parceria, nos termos do item 5.6 do Anexo I Termo de Referência deste Edital.



Podem ser apresentados como comprovante deste critério: documento específico emitido pelo poder público (por exemplo o certificado CEBAS - Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social) ou decisão judicial transitada em julgado que assegure o gozo de imunidade ou isenção em relação às contribuições para a seguridade social.

A comissão julgadora deverá atribuir 20 (dez) pontos para a PROPONENTE que comprovar que goza de isenção ou imunidade de contribuições para a seguridade social.

Os documentos devem atender também aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS deste Edital.

3.2. Comprovação de obtenção de acreditação para instituição própria, sob a gestão da proponente ou para terceiros

A comissão julgadora irá avaliar a comprovação pela PROPONENTE, por certificado emitido pela entidade certificadora reconhecida nacionalmente ou internacionalmente, de ter realizado procedimento de obtenção de acreditação para instituição própria ou sob a gestão da PROPONENTE, que culminou com a emissão de certificado de acreditação, emitido durante a gestão da PROPONENTE.

Podem ser apresentados como comprovante deste critério: cópia do contrato de prestação de serviços de auditoria para realização da avaliação do processo de acreditação, que deverá ter a PROPONENTE e entidade certificadora reconhecida nacionalmente ou internacionalmente como partes signatárias, juntamente com o certificado que comprove a acreditação relacionada a este contrato e prestação de serviços de auditoria.

Para comprovar que a instituição acreditada esteve sob sua gestão ou que o serviço foi prestado a terceiros no momento da acreditação, a PROPONENTE deverá encaminhar documentos conforme estabelecido na “alínea a” do item 3.2 deste Edital (item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS).

O certificado que comprove a acreditação apresentado para este critério não poderá ser apresentado para o critério 3.4 e vice versa.

A pontuação para cada experiência comprovada pela PROPONENTE será igual a 5 (cinco) pontos, limitada a 20 (vinte) pontos.

Os documentos devem atender aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS deste Edital.

3.3. Comprovação de obtenção de certificação de qualidade para instituição própria, sob a gestão da proponente ou para terceiros



A comissão julgadora irá avaliar a comprovação pela PROPONENTE, por documento emitido por entidade certificadora reconhecida nacionalmente ou internacionalmente, de ter realizado procedimento de obtenção de certificação de qualidade para instituição própria ou sob a gestão da PROPONENTE, que culminou com a emissão de certificado emitido durante a gestão da PROPONENTE.

Podem ser apresentados como comprovante deste critério: cópia do contrato de prestação de serviços de auditoria para realização da avaliação do processo de certificação, que deverá, obrigatoriamente, ter a PROPONENTE e entidade certificadora reconhecida nacionalmente ou internacionalmente como partes signatárias, juntamente com o certificado que comprove a certificação relacionada a este contrato e prestação de serviços de auditoria.

Para comprovar que a instituição certificada esteve sob sua gestão ou que o serviço foi prestado a terceiros no momento da certificação, a PROPONENTE deverá encaminhar documentos conforme estabelecido na “alínea a” do item 3.2 deste Edital (item 3. **DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS**).

O certificado que comprove a certificação de qualidade apresentado para este critério não poderá ser apresentado para o critério 3.5 e vice versa.

A pontuação para cada experiência comprovada pela PROPONENTE será igual a 5 (cinco) pontos, limitada a 10 (dez) pontos.

Os documentos devem atender aos requisitos do item 3. **DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS** deste Edital.

3.4. Comprovação de manutenção da acreditação ou recertificação para instituição própria, sob a gestão da proponente ou para terceiros

A comissão julgadora irá avaliar a comprovação pela PROPONENTE, por certificado emitido pela entidade certificadora reconhecida nacionalmente ou internacionalmente, de ter realizado procedimento de manutenção da acreditação ou recertificação para instituição própria ou sob a gestão da PROPONENTE, emitido durante a gestão da PROPONENTE.

Podem ser apresentados como comprovante deste critério: cópia do contrato de prestação de serviços de auditoria para realização da avaliação do processo de manutenção da acreditação ou recertificação, que deverá, obrigatoriamente, ter a PROPONENTE e entidade certificadora reconhecida nacionalmente ou internacionalmente como partes signatárias, juntamente com o certificado que comprove manutenção da acreditação ou recertificação relacionada a este contrato e prestação de serviços de auditoria.

O certificado que comprove manutenção da acreditação ou recertificação apresentado para este critério não poderá ser apresentado para o critério 3.2 e vice versa.



Para comprovar que a instituição esteve sob sua gestão ou que o serviço foi prestado a terceiros no momento da manutenção da acreditação ou recertificação, a PROPONENTE deverá encaminhar documentos conforme estabelecido na “alínea a” do item 3.2 deste Edital (item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS).

A pontuação para a PROPONENTE que comprovar manutenção da acreditação ou recertificação será igual a 5 (pontos) pontos.

Os documentos devem atender aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS deste Edital.

3.5. Comprovação de manutenção ou renovação de certificação de qualidade para instituição própria, sob a gestão da proponente ou para terceiros

A comissão julgadora irá avaliar a comprovação pela PROPONENTE, por documento emitido por entidade certificadora reconhecida nacionalmente ou internacionalmente, de ter realizado procedimento de manutenção ou renovação de certificação de qualidade para instituição própria ou sob a gestão da PROPONENTE, emitido durante a gestão da PROPONENTE.

Podem ser apresentados como comprovante deste critério: cópia do contrato de prestação de serviços de auditoria para realização da avaliação do processo de manutenção ou renovação de certificação de qualidade, que deverá, obrigatoriamente, ter a PROPONENTE e entidade certificadora reconhecida nacionalmente ou internacionalmente como partes signatárias, juntamente com o certificado que comprove manutenção ou renovação de certificação de qualidade relacionada a este contrato e prestação de serviços de auditoria.

O certificado que comprove manutenção ou renovação de certificação de qualidade apresentado para este critério não poderá ser apresentado para o critério 3.3 e vice versa.

A pontuação para a PROPONENTE que comprovar manutenção ou renovação de certificação de qualidade será igual a 05 (dez) pontos.

Para comprovar que a instituição esteve sob sua gestão ou que o serviço foi prestado a terceiros no momento da manutenção ou renovação da certificação de qualidade, a PROPONENTE deverá encaminhar documentos conforme estabelecido na “alínea a” do item 3.2 deste Edital (item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS).

Os documentos devem atender aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS deste Edital.



3.6. Comprovação de execução de etapas de projetos para acreditação ou certificação de qualidade

A comissão julgadora irá avaliar os projetos elaborados e executados pela PROPONENTE, em instituição própria ou sob a gestão da PROPONENTE ou para terceiros, que tenham como objetivo a implantação ou melhoria de processos ou que visem o cumprimento de requisitos definidos pelas normas de qualidade. Exemplos: Projetos para implantação de Gestão de Processos, Gestão de Projetos, Gestão de riscos.

Para comprovar a execução das atividades, a PROPONENTE deverá encaminhar documentos conforme estabelecido na “alínea a” do item 3.2 deste Edital (item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS).

O documento apresentado para pontuar neste critério não poderá ser apresentado para nenhum outro. Caso isso ocorra o documento será desconsiderado pela comissão julgadora para pontuação neste critério 3.6.

A pontuação para a PROPONENTE que comprovar a experiência será igual a 5 (cinco) pontos.

Para comprovar que a instituição esteve sob sua gestão no momento da certificação/acreditação, a PROPONENTE deverá encaminhar documentos conforme estabelecido na “alínea a” do item 3.2 deste Edital (item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS).

Os documentos devem atender aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS deste Edital.

3.7. Excelência reconhecida em gestão da qualidade

Para este critério, serão pontuadas entidades que apresentarem premiações nacionais ou internacionais referentes ao reconhecimento de experiência e excelência na área de gestão da qualidade, demonstrando a sua capacidade técnica para o desenvolvimento do objeto do termo de parceria.

Podem ser apresentados como comprovante deste critério: comprovantes das premiações obtidas pela entidade PROPONENTE, tais como: diplomas; certificados; declarações dos responsáveis pelo concurso; publicações oficiais e documentos similares.

O documento apresentado para pontuar neste critério não poderá ser apresentado para nenhum outro. Caso isso ocorra, o documento será desconsiderado pela comissão julgadora para pontuação neste critério.

Serão aceitas premiações nos últimos 10 (dez) anos, contados até a data de publicação deste Edital.

A pontuação para a PROPONENTE que comprovar a experiência será igual a 5 (cinco) pontos.



Os documentos devem atender aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS deste Edital.

3.8. Comprovação de experiência na execução de estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos

Este critério visa avaliar a capacidade da PROPONENTE na realização de atividade específica, relacionada ao objeto do termo de parceria a ser executado. Para este critério, a PROPONENTE deverá comprovar experiência na execução direta de atividades de estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos.

Podem ser apresentados como comprovante deste critério: cópia de instrumento de parceria de ciência, tecnologia e inovação firmadas com outras pessoas jurídicas ou instituições, tais como termo de outorga, acordo de parceria para pesquisa, desenvolvimento e inovação (PD&I), convênio para PD&I, termo de outorga para estímulo à inovação; cópia de contratos firmados para realização de estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos; descrição de estudo, de pesquisa, de trabalho de desenvolvimento de tecnologias ou de produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos desenvolvido e concluído, informando objeto, metodologia e instrumentos utilizados, período de realização dos trabalhos, abrangência do projeto; comprovante de obtenção de patente de invenção ou patente de modelo de utilidade.

Além disso, podem ser apresentados os documentos conforme estabelecido na “alínea a” do item 3.2 deste Edital (item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS).

A pontuação para a PROPONENTE será de 5 (cinco) pontos para cada comprovação, limitada a 10 (dez) pontos.

Para comprovar a execução das atividades, a PROPONENTE deverá encaminhar documentos conforme estabelecido na “alínea a” do item 3.2 deste Edital (item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS).

Os documentos devem atender aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS deste Edital.

3.9. Comprovação de experiência em prestação de serviços hospitalares e/ou gestão hospitalar

Esse critério visa avaliar a capacidade da PROPONENTE na realização de atividade relacionada ao objeto do termo de parceria a ser executado. Para este critério, a PROPONENTE deverá



comprovar experiência na execução direta de prestação de serviços hospitalares e/ou gestão hospitalar.

Para comprovar a execução das atividades, a PROPONENTE deverá encaminhar documentos conforme estabelecido na “alínea a” do item 3.2 deste Edital (item 3.DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS).

A pontuação para cada experiência comprovada pela PROPONENTE será igual a 5 (cinco) pontos, limitada a 30 (trinta) pontos.

Os documentos devem atender aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS deste Edital.

3.10. Comprovação de experiência na execução de atividades junto ao Poder Público

A comissão julgadora irá avaliar comprovação pela entidade de experiência anterior de atividades junto ao Poder Público (municipal, estadual, distrital e/ou federal), conforme quadro abaixo:

Critério	Pontuação
Apresentação de documentação que comprove a execução de atividades junto ao Poder Público, executado por mais de 5 (cinco) anos ininterruptos, nos últimos 20 (vinte) anos.	10
Apresentação de documentação que comprove a execução de atividades junto ao Poder Público, executado de 1 (um) até 5 (cinco) anos ininterruptos, nos últimos 20 (vinte) anos.	05

Para a pontuação, a comissão julgadora deverá considerar como tempo de vigência as prorrogações do contrato principal, formalizadas por meio de Termo Aditivo. Portanto, deverá somar a vigência do contrato principal com os respectivos termos aditivos apresentados pela PROPONENTE, para pontuar como uma experiência.

Não será realizada a soma de vigências de instrumentos jurídicos distintos, que serão avaliados de forma individualizada para pontuação conforme critérios previstos no quadro acima.

A PROPONENTE poderá encaminhar comprovantes referentes a mais de uma experiência. A comissão julgadora deverá atribuir pontuação para cada experiência comprovada, conforme quadro acima, limitado a 20 (vinte) pontos neste critério.



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

Para comprovar a execução de parceria a PROPONENTE deverá encaminhar documentos conforme estabelecido na “alínea a” do item 3.2 deste Edital (item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS).

Os documentos devem atender aos requisitos do item 3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS deste Edital.



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

EDITAL FHEMIG PARA TERMO DE PARCERIA Nº 02/2022

ANEXO III – CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA

EVENTO	DATA PREVISTA*
Data da publicação do extrato deste Edital no Diário Oficial dos Poderes do Estado	30/08/2022
Prazo para publicidade do Edital	31/08/2022 a 21/09/2022
Datas das visitas técnicas às instalações do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena	05/09/2022, às 9h 05/09/2022, às 14h 09/09/2022, às 9h 09/09/2022, às 14h 12/09/2022, às 9h 12/09/2022, às 14h 13/09/2022, às 9h 13/09/2022, às 14h 14/09/2022, às 9h 14/09/2022, às 14h
Prazo para pedido de esclarecimentos	31/08/2022 a 16/09/2022
Prazo para pedido de impugnações	31/08/2022 a 16/09/2022
Prazo de elaboração da proposta e entrega dos documentos	22/09/2022 a 28/09/2022
Prazo para a comissão julgadora analisar e julgar as propostas	29/09/2022 a 13/10/2022
Prazo para a Fhemig divulgar, no sítio eletrônico, a ata elaborada pela comissão julgadora	14/10/2022
Prazo para interposição de recursos	17/10/2022 a 21/10/2022
Prazo para a Presidente da Fhemig analisar e decidir sobre os recursos	24/10/2022 a 28/10/2022
Prazo para homologação do resultado do processo de seleção pública	11/11/2022**
Prazo para publicação da convocação da entidade vencedora do processo de seleção pública	11/11/2022**



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

Prazo para comparecimento da entidade sem fins lucrativas convocada	03 (três) dias úteis após a convocação da entidade sem fins lucrativos vencedora
Prazo para a entidade vencedora do processo de seleção pública requerer a qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, no caso de a entidade ainda não possuir o título	10 (dez) dias úteis após a convocação da entidade sem fins lucrativos vencedora
Data prevista para celebração do termo de parceria	06/01/2023**

Notas:

* Dias de feriados e pontos facultativos determinados pelo Poder Executivo estadual não são contabilizados como dias úteis para fins da contagem de prazos deste Edital.

** A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig pode realizar a homologação do resultado do processo de seleção pública, publicação da convocação da entidade vencedora e celebração do termo de parceria até o encerramento da validade desse processo de seleção pública, conforme prazo previsto no item 2.9 deste Edital.



EDITAL FHEMIG PARA TERMO DE PARCERIA Nº 02/2022

ANEXO IV – MINUTA DO TERMO DE PARCERIA E SEUS ANEXOS

TERMO DE PARCERIA Nº número/ano

TERMO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE MINAS GERAIS, REPRESENTADO PELA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, E O(A) NOME DA OSCIP.

A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, doravante denominada ÓRGÃO ESTATAL PARCEIRO (OEP), CNPJ nº 19.843.929.0001/00, com sede no 13º andar do Edifício Gerais, na Cidade Administrativa de Minas Gerais, Rodovia Papa João Paulo II, 3777 - Serra Verde - Belo Horizonte – MG, CEP 31.630-901, neste ato representado por seu dirigente máximo, nome completo do dirigente, nacionalidade, estado civil, portador da CI nº número da identidade – órgão expedidor/UF e do CPF nº número do CPF, residente e domiciliado em município/UF, e o(a) nome da Oscip, doravante denominada Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CGC/CNPJ nº número do CNPJ, conforme qualificação publicada no Diário Oficial dos Poderes do Estado de dia/mês/ano, com sede na endereço completo da Oscip (rua, número, complemento, bairro, município, UF), neste ato representada na forma de seu estatuto pelo seu/sua cargo do dirigente máximo (ex.: Presidente), nome do dirigente máximo, nacionalidade, estado civil, portador da CI nº número da identidade – órgão expedidor/Estado e do CPF nº número do CPF, residente e domiciliado em município/UF, com fundamento na legislação vigente, em especial na Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, e no Decreto Estadual nº 47.554, de 07 de dezembro de 2018, (acrescentar legislação específica sobre o OEP e a política pública, se houver), resolvem firmar o presente termo de parceria, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente termo de parceria, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes, tem por objeto gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços necessários para a obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede fhemig no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig, incluindo ações de treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA COMPOSIÇÃO DO TERMO DE PARCERIA

2.1. Constituem partes integrantes e inseparáveis deste termo de parceria:

2.1.1. Anexo I – Concepção da Política Pública;

2.1.2. Anexo II – Programa de Trabalho;

2.1.3. Anexo III – Da Sistemática de Avaliação do Termo de Parceria;



2.1.4. Anexo IV – Termo de Referência do processo de seleção pública.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3.1. O presente termo de parceria vigorará por 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir de sua publicação no Diário Oficial dos Poderes do Estado.

4. CLÁUSULA QUARTA – DAS POSSIBILIDADES DE ALTERAÇÃO DO TERMO DE PARCERIA

4.1. O termo de parceria vigente poderá ser aditado, por acordo entre as partes, mediante a celebração de termo aditivo, salvo quanto ao seu objeto, nas seguintes hipóteses:

4.1.1. para alterações de ações, metas e da previsão das receitas e despesas ao longo da vigência do termo de parceria, devido a fato superveniente modificativo das condições inicialmente definidas, considerando a utilização de saldo remanescente, quando houver;

4.1.2. para prorrogação da vigência para cumprimento do objeto inicialmente pactuado, considerando a utilização de saldo remanescente, quando houver.

4.2. A vigência do termo de parceria, incluindo seus aditivos, não poderá ser superior a cinco anos.

4.3. A celebração de termo aditivo ao termo de parceria deverá ser precedida de apresentação de justificativa pelo OEP, em que, dentre outros motivos, deve ser demonstrada em qual ou quais hipóteses previstas nos incisos do art. 58 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, o aditamento está enquadrado.

4.4. A alteração de dotação orçamentária e a correção de erros formais do termo de parceria poderão ser realizadas por meio de termo de apostila que deverá ser assinado pelo dirigente máximo do OEP, disponibilizado no sítio eletrônico do OEP e da Oscip e apensado à documentação do termo de parceria e de seus aditivos.

4.5. O presente termo de parceria poderá ser alterado por meio de termo de alteração simples, desde que não implique em modificação de valor, nas seguintes hipóteses:

4.5.1. modificações do quantitativo de metas dos indicadores descritos do Anexo II deste termo;

4.5.2. modificações de prazos para os produtos descritos no Anexo II deste termo.

4.7. O termo de alteração simples será precedido de justificativa da Oscip e de parecer técnico elaborado pela comissão supervisora.

4.8. O termo de alteração simples deverá ser assinado pelo OEP e Oscip, disponibilizado no sítio eletrônico do OEP e da Oscip e encaminhado para os membros da comissão de avaliação, sendo dispensada a publicação de extrato no Diário Oficial dos Poderes do Estado.

4.9. A Oscip poderá, sem prévia celebração de termo aditivo ou termo de alteração simples, realizar o remanejamento de valores entre as subcategorias e categorias previstas na memória de cálculo durante a execução do termo de parceria, exceto para os gastos de pessoal.

4.10. A Oscip somente poderá efetuar quaisquer alterações dentre os gastos de pessoal caso o valor global planejado para esta categoria não sofra acréscimo, devendo encaminhar ao OEP as demonstrações necessárias.

5. CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR TOTAL, DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

5.1. Para a implementação do Programa de Trabalho, constante no Anexo II deste termo de parceria, foi estimado o valor de R\$ X.XXX.XXX,XX (X milhões, XXX mil, XXX reais e XX centavos), a serem repassados conforme o cronograma de desembolsos.

Valor (R\$)	Dotação Orçamentária / Fonte
X.XXX.XXX,XX	XXXX.XX.XXX.XXX.XXXX.XXXX.XXXXXX.XX.XX.X.X (Fonte 10)

5.2. Havendo saldo remanescente de repasses financeiros anteriores, o mesmo poderá ser subtraído do repasse subsequente previsto no Cronograma de Desembolsos constante no Programa de Trabalho, garantindo-se que será disponibilizado o montante de recursos necessários à execução do termo de parceria.

5.3. Não será computado como saldo remanescente o que corresponder a compromissos já assumidos pela Oscip para atingir os objetivos do termo de parceria, inclusive os recursos referentes às provisões trabalhistas.

5.4. Caso a Oscip venha a obter a imunidades/isenções tributárias após a assinatura do termo de parceria, o valor correspondente às isenções conferidas poderão ser descontados do valor repasse financeiro previsto acima ou remanejados para o cumprimento do objeto do termo de parceria, bem como incremento ou qualificação das entregas previstas, mediante avaliação do OEP.

5.5. O termo de parceria não definirá como meta recursos financeiros a serem arrecadados, dessa forma a Oscip deverá solicitar aprovação prévia ao OEP para iniciativas de arrecadação relacionadas ao objeto do termo de parceria.

5.5.1. As receitas arrecadadas pela Oscip, nos termos do item 5.5, serão obrigatoriamente aplicadas na execução do objeto do instrumento jurídico, nos termos do art. 85 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, devendo sua execução ocorrer conforme regulamentos próprios da Oscip – que disciplinem os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações, concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas – e sua demonstração constar dos relatórios de monitoramento e prestações de contas.

5.5.2. As receitas arrecadadas pela Oscip, nos termos do item 5.5, poderão ser revertidas ao cumprimento do objeto social da entidade sem fins lucrativos, desde que aprovado previamente pelo OEP e pela Seplag.

5.5.3. As unidades assistenciais do Complexo de Barbacena, contempladas no primeiro ciclo do Projeto #AcreditaFhemig, arrecadam receita por procedimentos hospitalares e ambulatoriais executados, contratados pelo Município e que sejam devidamente faturados. Este processo oriundo de contrato firmado entre a Fhemig (prestadora) e o gestor SUS, é regulamentado pela Portaria nº 3.410/2013 do Ministério da Saúde. Esses valores recebidos pela Fhemig por força de contratualização do Hospital com outros entes, não constituem receitas arrecadadas pela Oscip e continuarão sendo recebidos diretamente pela Fundação, sendo que sua arrecadação não altera as diretrizes financeiras previstas neste Edital.

5.6. Fica autorizada a realização de pagamento em espécie, cheque nominativo, ordem bancária ou outra forma de pagamento que não se enquadre nas regras dos §§ 2º e 3º do art. 83 do Decreto nº 47.554, de 2018, sendo necessária a previsão nos regulamentos próprios que disciplinem os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações, concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas da Oscip.



5.7. Caso haja a necessidade de realização de quaisquer despesas com consultorias ou assessorias externas não previstas no termo de parceria, as mesmas devem estar relacionadas ao objeto do instrumento jurídico e serem aprovadas prévia e formalmente pelo dirigente máximo do OEP.

5.8. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos vinculados ao termo de parceria para finalidades diversas ao seu objeto, mesmo que em caráter de urgência, a título de:

5.8.1. taxa de administração, de gerência ou similar;

5.8.2. vantagem pecuniária a agentes públicos;

5.8.3. consultoria, assistência técnica ou qualquer espécie de remuneração a agente público que pertença aos quadros de órgãos ou de entidades da administração pública estadual;

5.8.4. publicidade em que constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal, principalmente de autoridades, servidores públicos, dirigentes e trabalhadores da Oscip, salvo as de caráter educativo, informativo ou de orientação social.

5.9. É vedado o pagamento de despesas com juros, multas, atualização monetária e custas de protesto de título com recursos repassados pela administração pública estadual, ressalvada a hipótese do inciso II do § 1º do Art. 86 Decreto Estadual nº. 47.554 de 2018.

5.10. Durante o prazo de vigência, os valores do termo de parceria poderão ser reajustados monetariamente com base no IPCA.

5.10.1. O direito a que se refere a subcláusula 5.10 deverá ser devidamente justificado e expressamente previsto no termo aditivo, o direito ao reajuste poderá ser exercido até o encerramento do termo de parceria.

6. CLÁUSULA SEXTA - DAS RESPONSABILIDADES

6.1. São responsabilidades do **ÓRGÃO ESTATAL PARCEIRO – OEP**, além das demais previstas neste termo de parceria, na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e no Decreto Estadual nº 47.554, de 2018:

6.1.1. elaborar e conduzir a execução da política pública executada por meio do termo de parceria;

6.1.2. acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do termo de parceria, devendo zelar pelo alcance dos resultados pactuados e pela correta aplicação dos recursos a ele vinculados;

6.1.3. prestar o apoio necessário e indispensável à Oscip para que seja alcançado o objeto do termo de parceria em toda sua extensão e no tempo devido;

6.1.4. repassar à Oscip os recursos financeiros previstos para a execução do termo de parceria de acordo com o cronograma de desembolsos previsto no Anexo II deste termo;

6.1.5. analisar as prestações de contas anual e de extinção apresentadas pela Oscip;

6.1.6. disponibilizar, em seu sítio eletrônico, na íntegra, o termo de parceria e seus respectivos aditivos, memória de cálculo, relatórios gerenciais de resultados, relatórios gerenciais financeiros, relatórios de monitoramento e relatórios de avaliação no prazo de 5 (cinco) dias úteis a partir da assinatura dos referidos documentos;



6.1.7. comunicar tempestivamente à Oscip todas as orientações e recomendações efetuadas pela Controladoria-Geral do Estado - CGE e pela Seplag, bem como acompanhar e supervisionar as implementações necessárias no prazo devido;

6.1.8. fundamentar a legalidade e conveniência do aditamento do termo de parceria;

6.1.9. zelar pela boa execução dos recursos vinculados ao termo de parceria, observando sempre sua vinculação ao objeto;

6.1.10. analisar, aprovar e encaminhar para aprovação pela Seplag, anteriormente à liberação da primeira parcela de recursos do termo de parceria, regulamentos próprios que disciplinem os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas;

6.1.11. prestar constante apoio técnico à Oscip, demonstrando todas as normativas, os fluxos e procedimentos típicos da área de gestão de saúde pública.

6.2. São responsabilidades da **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO – OSCIP**, além das demais previstas neste termo de parceria, na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e no Decreto Estadual nº 47.554, de 2018:

6.2.1. executar todas as atividades inerentes à implementação do termo de parceria, baseando-se no princípio da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, e zelar pela boa qualidade das ações e serviços prestados, buscando alcançar eficácia, efetividade e razoabilidade em suas atividades;

6.2.2. observar, no transcorrer da execução de suas atividades, todas as orientações emanadas pelo OEP, pela Seplag e pelos órgãos de controle interno e externo;

6.2.3. responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução do termo de parceria, observando-se o disposto na alínea "J" do inciso I do art. 6º e do inciso II do art. 21 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, bem como ônus tributários ou extraordinários que incidam sobre o instrumento;

6.2.4. disponibilizar em seu sítio eletrônico, estatuto social atualizado, a relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade sem fins lucrativos, ato de qualificação ou ato de renovação da qualificação da entidade sem fins lucrativos como Oscip, termo de parceria e a respectiva memória de cálculo, regulamentos próprios que disciplinem os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas, relatórios gerenciais de resultados, relatórios gerenciais financeiros, relatórios de monitoramento e os relatórios da comissão de avaliação, no prazo de 5 (cinco) dias úteis a partir da assinatura dos referidos documentos;

6.2.5. assegurar que toda divulgação das ações objeto do termo de parceria seja realizada com o consentimento prévio e formal do OEP, bem como conforme as orientações e diretrizes acerca da identidade visual do Governo do Estado;

6.2.6. manter registro, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao termo de parceria;

6.2.7. permitir e facilitar o acesso de técnicos do OEP, do conselho de política pública da área, quando houver, da comissão de avaliação, da Seplag, da CGE e de órgãos de controle externo a todos os documentos relativos à execução do objeto do termo de parceria, prestando-lhes todas e quaisquer informações solicitadas;



- 6.2.8.** utilizar os bens imóveis e bens permanentes, custeados com recursos do termo de parceria ou cedidos pela administração pública estadual para fins de interesse público, sem prejuízo à execução do objeto pactuado do instrumento jurídico;
- 6.2.9.** zelar pela boa execução dos recursos vinculados ao termo de parceria, observando sempre sua vinculação ao objeto pactuado;
- 6.2.10.** prestar contas ao OEP, acerca do alcance dos resultados e da correta aplicação de todos os recursos vinculados ao termo de parceria e bens destinados à Oscip;
- 6.2.11.** incluir em todos os contratos celebrados no âmbito do termo de parceria cláusula prevendo a possibilidade de sub-rogação;
- 6.2.12.** comunicar ao OEP as alterações de quaisquer tributos ou encargos legais criados, alterados ou extintos, bem como a superveniência de disposições legais;
- 6.2.13.** estabelecer e cumprir o regulamento próprio que discipline os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações, concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas, que deverá ser submetido à aprovação, prévia e formal, do OEP e da Seplag;
- 6.2.14.** manter o OEP e a Seplag informados sobre quaisquer alterações em seu estatuto, composição de Diretoria, Conselhos e outros órgãos da Oscip, diretivos ou consultivos;
- 6.2.15.** enviar as alterações estatutárias para a Seplag em até 10 (dez) dias úteis após o registro em cartório;
- 6.2.16.** indicar ao OEP um representante para compor a comissão de avaliação, em até 5 (cinco) dias úteis após a celebração do termo de parceria;
- 6.2.17.** abrir conta bancária exclusiva para repasse de recursos por parte da administração pública estadual, em instituição bancária previamente aprovada pelo supervisor do termo de parceria;
- 6.2.18.** elaborar uma tabela de rateio de suas despesas, considerando os termos de parceria celebrados e demais projetos que utilizem a mesma estrutura, podendo adotar como parâmetro a proporcionalidade do uso efetivo por cada projeto, devendo a Oscip informar quaisquer alterações nas condições de rateio nas despesas, inclusive novos instrumentos jurídicos que venham a ser celebrados e alterem as condições inicialmente pactuadas;
- 6.2.19.** quando da extinção do termo de parceria, a Oscip deverá entregar à administração pública estadual as marcas, o sítio eletrônico e os perfis em redes sociais vinculados ao objeto do termo de parceria;
- 6.2.20.** cumprir o disposto no Capítulo VI do Decreto Estadual nº 45.969, de 2012, no que se refere ao acesso à informação relativa a entidades privadas sem fins lucrativos que receberem recursos públicos para realização de ações de interesse público.
- 6.2.21.** Cumprir a legislação sobre a privacidade de dados nos termos da Lei nº 13.709, de 2018 (Lei Geral de Proteção a Dados);
- 6.2.22.** Cumprir a legislação sobre guarda de informações e documentos de caráter público, nos termos da Lei 8.159, de 1991, e regulamentos complementares, bem como determinações do Conselho Federal de Medicina na Resolução que versa sobre normas técnicas para a guarda, manuseio e tempo de guarda do Prontuário Médico;
- 6.2.23.** Respeitar as portarias e normas operacionais do SUS, emanadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde, pelos Conselhos de Saúde, pela Fhemig ou por outros órgãos competentes, no que diz respeito às ações do termo de parceria que tiverem interseção com a prestação do serviço assistencial pela Fhemig;
- 6.2.24.** Assegurar que quaisquer soluções de sistemas de informação adotados pela entidade na execução das ações do termo de parceria sejam capazes de intercambiar informações administrativas com outros sistemas utilizados pela Fhemig;



6.2.25. Utilizar sistema financeiro de prestação de contas que permita a alimentação, por meio de assinatura digital e diária dos registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas. O referido sistema deve prover o registro completo dos dados para subsidiar o monitoramento e acompanhamento financeiro e contábil do termo de parceria, dos registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas, garantindo a segurança jurídica da legislação aplicável bem como a importação, exportação e armazenamento de todos os documentos pertinentes a execução financeira;

6.3. A Oscip deverá contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo OEP e custeados com o repasse referente ao termo de parceria.

6.4. Cada unidade administrativa interna do OEP assumirá as responsabilidades que lhe competem nos termos de suas atribuições, conforme previsão na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, no Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, e em regulamento que dispõe sobre a organização administrativa do Órgão.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESPONSABILIZAÇÃO DOS DIRIGENTES DA OSCIP

7.1. Havendo indícios fundados de má administração de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão ao Ministério Público e à Advocacia-Geral do Estado – AGE –, para que requeiram ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e de seus dirigentes e de agente público ou terceiro que possam haver enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público, além da aplicação de outras medidas cabíveis, nos termos do art. 31 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018.

7.2. Em caso de abuso da personalidade jurídica, caracterizado pelo desvio de finalidade, ou pela confusão patrimonial, os efeitos de certas e determinadas relações de obrigações podem ser estendidos aos bens particulares dos administradores ou sócios da Oscip, conforme art. 50 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil).

7.3. Os diretores, gerentes ou representantes de Oscip são pessoalmente responsáveis pelos créditos correspondentes a obrigações tributárias resultantes de atos praticados com excesso de poderes ou infração de lei, ou estatutos, conforme art. 135, inc. III da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional).

8. CLÁUSULA OITAVA – DO MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO

8.1. A execução do objeto deste termo de parceria será monitorada e fiscalizada pelo OEP e pelos conselhos de políticas públicas das áreas correspondentes de atuação.

8.2. A comissão supervisora, a que se refere o §2º do art. 26 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e o § 1º do art. 43 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, representará o OEP na interlocução técnica com a Oscip e no acompanhamento e fiscalização da execução do termo de parceria, devendo zelar pelo seu adequado cumprimento e manter o OEP informado sobre o andamento das atividades.

8.3. A comissão supervisora representará o OEP em suas tarefas, e deverá realizar, periodicamente, o monitoramento físico e financeiro do termo de parceria e a verificação no local das atividades desenvolvidas, mediante agenda de reuniões e encontros com os representantes da Oscip, para assegurar a adoção das diretrizes constantes do termo de parceria.

8.3.1. As checagens amostrais a que se refere o Art. 46 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, deverão ser realizadas na mesma periodicidade em que ocorrerem os períodos avaliatórios, sempre após a entrega do relatório gerencial financeiro pela Oscip e antes da elaboração do relatório de monitoramento pela Comissão Supervisora.

8.4. No caso de o supervisor exercer seu poder de veto, nos termos do § 3º do art. 26 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, referente à execução de ação não prevista no programa de trabalho ou que esteja em desacordo com o termo



de parceria ou com as diretrizes da política pública ou que não atenda ao interesse público, àquele deverá motivar sua decisão em justificativa fundamentada a ser juntada ao relatório de monitoramento a que se refere o art. 49 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

8.5. Para subsidiar as atividades realizadas pela comissão supervisora, a Oscip deverá apresentar relatório de resultados e relatório gerencial financeiro em até 10 (dez) dias úteis após o final de cada período avaliatório, conforme modelo disponibilizado pela Seplag.

8.6. A comissão supervisora deverá elaborar relatório de monitoramento com informações sobre a execução física e financeira pertinentes ao período avaliatório analisado, conforme modelo disponibilizado pela Seplag.

8.7. Para auxiliar a comissão supervisora nas checagens amostrais, que serão realizadas na mesma periodicidade em que ocorrerem os períodos avaliatórios, sobre processos de aquisição de bens e serviços, contratação de pessoal e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas, conforme metodologia definida pela Seplag, o representante da unidade responsável pela análise de prestação de contas indicado pelo OEP será **nome do servidor do OEP, MASP**, nos termos do art. 46 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

8.8. O representante da Oscip indicado como responsável pela interlocução técnica com o OEP, nos termos do art. 38, XI do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, será **nome do representante da Oscip, CPF nº número do CPF**.

8.9. As alterações do indicado pelo OEP para auxiliar a comissão supervisora e o representante da Oscip, definidos nos subitens 8.8 e 8.9 poderão ser efetuadas por meio de termo de apostila.

8.10. Os responsáveis pela fiscalização do termo de parceria, ao tomarem conhecimento de irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública pela Oscip, darão imediata ciência do fato ao TCEMG e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária.

8.11. A unidade jurídica do OEP deverá prestar assistência jurídica à comissão supervisora do termo de parceria, no âmbito de suas atribuições, não ultrapassando os limites das competências inerentes à unidade administrativa, conforme previsão em decreto que dispõe sobre a organização administrativa do órgão.

9. CLÁUSULA NONA – DA COMISSÃO SUPERVISORA

9.1. Fica designada comissão supervisora, composta por:

9.1.1. **Nome do Servidor, MASP**, como supervisor(a) do termo de parceria

9.1.2. **Nome do Servidor, MASP**, como supervisor(a)-adjunto(a) do termo de parceria, tendo como suplente **Nome do suplente, MASP xxxxxxxx**

9.1.3. **Nome do Servidor, MASP**, como representante do Núcleo de Qualidade da Assessoria de Gestão Estratégica e Projetos, tendo como suplente **Nome do suplente, MASP xxxxxxxx**;

9.1.4. **Nome do Servidor, MASP**, como representante da Gerência de Infraestrutura Predial da Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças, tendo como suplente **Nome do suplente, MASP xxxxxxxx**.

9.2. Para prestar assistência técnica à comissão supervisora do termo de parceria, fica designado como representante das unidades assistenciais:

9.2.3. **Nome do Servidor, MASP**, como representante do Complexo de Barbacena, tendo como suplente **Nome do suplente, MASP xxxxxxxx**.

9.3. As alterações dos membros indicados nos itens 9.1 e 9.2 deverão ser efetuadas por meio de termo de apostila.



9.4. Em caso de ausência temporária do supervisor do termo de parceria, seu adjunto assumirá a supervisão até o retorno do primeiro.

9.5. Em caso de vacância do cargo de supervisor, o seu adjunto assumirá interinamente a supervisão do termo de parceria por no máximo de 15 (quinze) dias a partir da data da vacância, quando o dirigente máximo do OEP deverá indicar novo Supervisor.

9.6. Em caso de ausência temporária ou vacância simultânea dos cargos de supervisor e adjunto, o dirigente máximo do OEP assumirá as funções de supervisão, devendo, em um prazo máximo de 10 (dez) dias a partir da data da ausência ou vacância, indicar novo supervisor e supervisor adjunto.

9.7. Ocorrerá a vacância nos seguintes casos:

9.7.1. abandono de cargo ou função pública pelo não comparecimento ao serviço, sem causa justificada, por mais de trinta dias consecutivos ou mais de noventa dias não consecutivos em um ano;

9.7.2. falta injustificada a uma reunião da comissão de avaliação; e,

9.7.3. hipóteses de vacância do cargo público, previstas no art. 103 do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de Minas Gerais.

9.8. No caso de ausência temporária ou vacância do supervisor, o supervisor adjunto representará o OEP na comissão de avaliação do Termo de Parceria.

10. CLÁUSULA DEZ – DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

10.1. Os resultados atingidos com a execução do termo de parceria serão avaliados, no mínimo trimestralmente, de acordo com o cronograma de avaliações definido no Programa de Trabalho constante no Anexo II deste termo de parceria, conforme previsto na Sistemática de Avaliação do termo de parceria constante no Anexo III deste termo de parceria, por comissão de avaliação, nos termos do art. 32 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e do art. 51 a 55 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

10.2. A comissão de avaliação não é responsável pelo monitoramento e fiscalização da execução do termo de parceria, devendo se ater à análise dos resultados alcançados, de acordo com a sistemática de avaliação definida no termo de parceria.

10.3. Para instituir ou alterar a comissão de avaliação, o OEP deverá publicar ato, no Diário Oficial dos Poderes do Estado, contendo os nomes de seus integrantes, em até 10 (dez) dias úteis após a celebração do termo de parceria ou do ato que ensejou a alteração da comissão.

10.4. Para subsidiar a avaliação realizada pela comissão de avaliação, o supervisor deverá encaminhar, preferencialmente em meio digital, uma cópia do relatório de monitoramento a que se refere o art. 49 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, para cada membro da comissão de avaliação com, no mínimo, 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data da reunião.

10.5. Os membros da comissão de avaliação deverão analisar o relatório de monitoramento, com vistas a subsidiar a avaliação sobre os resultados alcançados na execução do termo de parceria e poderão solicitar à Oscip ou ao OEP os esclarecimentos que se fizerem necessários.

10.6. A comissão de avaliação deverá elaborar relatório sobre a avaliação dos resultados alcançados, realizada de acordo com a sistemática de avaliação, de forma a demonstrar a nota obtida e registrar as recomendações para o próximo período, conforme modelo disponibilizado pela Seplag.

10.7. Sempre que necessário, qualquer membro integrante da comissão de avaliação poderá solicitar reuniões extraordinárias.



11. CLÁUSULA ONZE – DOS BENS PERMANENTES

11.1. Poderão ser destinados à Oscip, por meio de instrumento de permissão de uso, bens, instalações e equipamentos públicos necessários ao cumprimento do objeto do termo de parceria, ressalvadas as hipóteses de inadimplência com a administração pública estadual ou de descumprimento das condições estabelecidas nesse termo de parceria.

11.2. Na hipótese da Oscip adquirir bens permanentes, necessários ao cumprimento do termo de parceria, a aquisição deverá ser realizada exclusivamente com recursos vinculados a um único termo de parceria, não sendo permitido rateio de despesa para este fim.

11.3. Anualmente, ao fim de cada exercício, a comissão supervisora, com o apoio da unidade de patrimônio e logística do OEP, deverá conferir a relação de bens móveis adquiridos pela Oscip com recursos do termo de parceria, atestando ou não conformidade da mesma.

11.4. Em caso de conformidade, o OEP poderá, nos termos do art. 38 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018:

11.4.1. incorporar o bem ao patrimônio do Estado por meio da sua inclusão no acervo patrimonial do OEP, mediante o seu registro no Sistema Integrado de Administração de Materiais e Serviços - Siad -, com numeração própria gerada automaticamente pelo sistema;

11.4.2. não incorporar o bem, mantendo - o sob propriedade da Oscip, hipótese que deve ser precedida de justificativa contendo fundamentação técnica assinada pelo dirigente máximo do OEP.

11.5. Em caso de inconformidade, a comissão supervisora deve recomendar ao dirigente máximo do OEP a instauração de procedimento com vistas a apurar a existência de eventual dano ao erário.

11.6. Os procedimentos previstos no art. 76 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018 poderão, a critério do OEP, ser realizados anteriormente ao fim de cada exercício.

11.7. Na hipótese do OEP decidir por não incorporar o bem, a Oscip deverá conservar e não transferir o domínio do bem móvel permanente adquirido com recursos do termo de parceria até a aprovação da prestação de contas de extinção.

12. CLÁUSULA DOZE – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

12.1. A comprovação do alcance dos resultados e da correta aplicação de todos os os recursos financeiros e bens vinculados à este termo de parceria deverá ser realizada em prestação de contas, nos termos do art. 28 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, que deverão ser entregues pela Oscip nas seguintes situações:

12.1.1. ao término de cada exercício;

12.1.2. na extinção do termo de parceria;

12.1.3. a qualquer momento, por demanda do OEP.

12.2. As prestações de contas anuais a que se refere o inciso I serão realizadas sobre a totalidade das operações patrimoniais e resultados financeiros dos recursos vinculados ao termo de parceria no exercício imediatamente anterior.

12.3. A prestação de contas de extinção será realizada ao final da vigência do termo de parceria, sobre a totalidade das operações patrimoniais e resultados financeiros dos recursos vinculados ao termo de parceria, referente ao período em que não houve cobertura de uma prestação de contas anual.



12.4. A Oscip deverá encaminhar ao OEP a prestação de contas anual em até 40 (quarenta) dias úteis após o término de cada exercício.

12.5. Oscip deverá encaminhar ao OEP a prestação de contas de extinção em até 30 (trinta) úteis após o final da vigência do termo de parceria.

12.6. A prestação de contas encaminhada pela Oscip deverá ser instruída com os seguintes documentos:

12.6.1. relatório financeiro conforme modelo disponibilizado pela Seplag;

12.6.2. demonstração de resultados do exercício;

12.6.3. balanço patrimonial;

12.6.4. demonstração das mutações do patrimônio líquido social;

12.6.5. demonstração de fluxo de caixa;

12.6.6. notas explicativas das demonstrações contábeis, caso necessário;

12.6.7. relação de bens permanentes adquiridos no período;

12.6.8. inventário geral dos bens em permissão de uso e adquiridos;

12.6.9. comprovantes de despesas reembolsadas;

12.6.10. extratos bancários de todas as contas de recursos vinculados ao termo de parceria;

12.6.11. comprovantes de todas as rescisões trabalhistas ocorridas no exercício, quando houver;

12.6.12. comprovantes de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária;

12.6.13. parecer do conselho fiscal ou órgão equivalente da Oscip;

12.6.14. outros documentos que possam comprovar a utilização dos recursos repassados, conforme solicitação do OEP.

12.7O OEP deverá juntar ao processo de prestação de contas encaminhado pela Oscip, para fins de demonstração do atingimento dos resultados:

12.7.1. cópia dos relatórios de monitoramento;

12.7.2. cópia dos relatórios de checagem amostral;

12.7.3. cópia dos relatórios da comissão de avaliação.

12.8. Após o recebimento da prestação de contas, o OEP deverá analisar a documentação encaminhada conforme procedimentos e prazos previstos na Seção VI do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

12.9. Caberá ao dirigente máximo a decisão acerca da prestação de contas.

12.10. O OEP deverá publicar extrato da decisão do dirigente máximo acerca da prestação de contas do termo de parceria no Diário Oficial dos Poderes do Estado, conforme modelo disponibilizado pela Seplag, e notificar a Oscip.

12.11. Na hipótese de reprovação da prestação de contas, o OEP iniciará o PACE-Parcerias, de que trata o Decreto Estadual nº 46.830 de 2015.

13. CLÁUSULA TREZE – DA AÇÃO PROMOCIONAL

13.1. Em qualquer ação promocional, produção e aquisição de materiais relacionada ao presente termo de parceria serão, obrigatoriamente, seguidas as orientações e diretrizes de identificação visual do Governo do Estado.



13.2. É vedada à Oscip a realização de qualquer ação promocional relativa ao objeto do termo de parceria sem o consentimento prévio e formal do OEP, sob pena de restituição do valor gasto à conta bancária do termo de parceria e o recolhimento do material produzido.

13.3. A divulgação de resultados técnicos e de ato promocional relacionado ao desenvolvimento ou inovação tecnológica ou metodológica, decorrentes de trabalhos realizados no âmbito do termo de parceria, deverão apresentar a marca do Governo do Estado ou do OEP, sendo vedada a sua divulgação total ou parcial sem o consentimento prévio e formal do OEP.

13.4. O OEP deverá assegurar que em qualquer peça gráfica ou divulgação em meio audiovisual relativa ao termo de parceria, à política pública em execução e seus resultados, o Governo do Estado ou o OEP conste como realizador.

13.5. Quando a Oscip for titular de marcas e patentes advindas da execução do termo de parceria, esta deverá ser revertida à administração pública estadual, quando da extinção do instrumento jurídico.

14. CLÁUSULA QUATORZE – DA EXTINÇÃO

14.1. O termo de parceria poderá ser extinto por:

14.1.1. encerramento, por advento do termo contratual;

14.1.2. rescisão unilateral pelo OEP, precedida de processo administrativo;

14.1.3. acordo entre as partes.

14.2. Nos casos de encerramento, por advento do termo contratual, o OEP deverá arcar com os custos de desmobilização da Oscip, sendo que os mesmos deverão estar contemplados na memória de cálculo do termo de parceria.

14.3. As despesas para desmobilização poderão ser custeadas com receitas advindas do repasse do OEP, receitas arrecadadas pela Oscip previstas no termo de parceria e recursos da conta de reserva.

14.4. O termo de parceria poderá ser rescindido unilateralmente pelo OEP, conforme disposto no inciso II do art. 33 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, nas seguintes situações:

14.4.1. perda da qualificação como Oscip, por qualquer razão, durante a vigência do termo de parceria ou nos casos de dissolução da entidade sem fins lucrativos;

14.4.2. descumprimento de qualquer cláusula do termo de parceria ou de dispositivo da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, ou deste decreto;

14.4.3. utilização dos recursos em desacordo com o termo de parceria, dispositivo da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, ou deste decreto;

14.4.4. não apresentação das prestações de contas nos prazos estabelecidos, sem justificativa formal e coerente para o atraso;

14.4.5. apresentação de desempenho insatisfatório em avaliação de resultados do termo de parceria, sem justificativa formal e coerente;

14.4.6. interrupção da execução do objeto do termo de parceria sem justa causa e prévia comunicação ao OEP;

14.4.7. apresentação de documentação falsa ou inidônea;

14.4.8. constatação de irregularidade fiscal ou trabalhista, quando demonstrado, de forma inequívoca, que a irregularidade decorreu de ato doloso ou culposos dos gestores da Oscip.



14.5. Nos casos de rescisão unilateral previstos no subitem 14.4, é vedado o custeio das despesas relativas aos custos de desmobilização, aos contratos assinados e aos compromissos assumidos pela Oscip com recursos vinculados ao termo de parceria a partir da publicação do termo de rescisão.

14.6. A rescisão unilateral do termo de parceria implica a imediata devolução dos saldos em conta dos recursos transferidos, inclusive os provenientes das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas, e não desobriga a Oscip de apresentar a prestação de contas dos recursos recebidos nos termos deste termo de parceria e do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

14.7. O termo de parceria poderá ser rescindido unilateralmente conforme verificação de interesse público de alta relevância e amplo conhecimento, mediante justificativa fundamentada do OEP.

14.8. Na hipótese do subitem 14.7, os custos de desmobilização da Oscip serão custeados com recursos vinculados ao termo de parceria, devendo o OEP elaborar documento, assinado pelo seu dirigente máximo, contendo a estimativa de valores a serem despendidos para este fim.

14.9. A extinção por acordo entre as partes será precedida de justificativa e formalizada por meio de termo de acordo entre as partes assinado pelos dirigentes máximos do OEP, do OEI, se houver, e seja necessário, e da Oscip, em que constarão as obrigações, responsabilidades e o respectivo planejamento financeiro para custear os custos de desmobilização, as verbas rescisórias, indenizatórias, de pessoal, de contratos com terceiros e os compromissos assumidos pela Oscip em função do termo de parceria até a data do encerramento ou rescisão.

14.10. Deverão ser custeados, com repasse do OEP, receitas arrecadadas pela Oscip previstas no termo de parceria e recursos da conta de reserva, os custos de desmobilização, as verbas rescisórias de pessoal e de contratos com terceiros, as verbas indenizatórias e os demais compromissos assumidos pela Oscip em função do termo de parceria até a data da extinção por acordo entre as partes.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS PENALIDADES

15.1. A inobservância pela Oscip de cláusula ou obrigação constante deste termo de parceria e seus Anexos, ou do dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a Comissão Supervisora, garantida a ampla defesa e o contraditório, a sugerir ao Dirigente Máximo do OEP, em cada caso, as penalidades abaixo:

a) Advertência formal, a versar sobre o descumprimento das obrigações assumidas por meio desse termo de parceria e a determinação da adoção das medidas necessárias de correção, no caso de infração considerada leve ou média;

b) Suspensão temporária dos repasses do termo de parceria, de 5% a 15% da parcela devida conforme a gravidade do fato que motivou a penalidade, até que este seja regularizado, no caso de infração considerada média;

c) Suspensão no Cadastro de Convenientes do Estado de Minas Gerais – Cagec, até que seja regularizado o fato que ensejou a penalidade, no caso de infração considerada média ou grave;

d) Suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a dois anos no caso de infração considerada média ou grave;

e) Multa por descumprimento total ou parcial de cláusula do termo de parceria ou obrigação dele decorrente à execução do objeto contratualizado, no percentual 0,5% a 10% do valor mensal do contrato de gestão, no caso de infração considerada grave.

f) Declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a entidade ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea d, no caso de infração considerada grave.



- 15.1.1.** As sanções previstas nesta cláusula poderão ser aplicadas concomitantemente.
- 15.1.2.** Toda apuração de inconformidade será circunstanciada, permanecendo em sigilo até a sua completa apuração e comunicação à Oscip.
- 15.2.** A imposição das penalidades previstas nesta cláusula será proporcional à gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a Oscip.
- 15.2.1.** A infração será considerada leve, quando decorrer de condutas involuntárias ou escusáveis da Oscip e da qual esta não se beneficie;
- 15.2.2.** A infração será considerada de média gravidade quando decorrer de conduta inescusável, mas que não permita para a Oscip qualquer benefício ou proveito;
- 15.2.3.** A infração será considerada grave, quando constatado que a Oscip agiu com comprovado dolo e com a intenção de se beneficiar em proveito próprio.
- 15.3.** A aplicação de qualquer das penalidades estipuladas nesta cláusula não impede que o OEP aplique as demais sanções previstas na legislação pertinente, rescinda unilateralmente o termo de parceria e não excluirá o direito de o OEP exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.
- 15.4.** Ao tomar conhecimento de fato que trata o item 15.1, a Comissão Supervisora poderá, conforme a gravidade do fato, sugerir ao Dirigente Máximo do OEP a abertura de processo administrativo para solicitação da perda da qualificação como Oscip.
- 15.5.** Nenhuma penalidade prevista no termo de parceria será aplicada sem a oportunidade de prévia e ampla defesa da Oscip, assegurando-lhe o direito a expor suas razões, quanto à pretensão do OEP de aplicar-lhe penalidade, e de obter decisão motivada do OEP, quanto às razões de manutenção ou reforma da pretensão do OEP de aplicar a penalidade.
- 15.6.** O processo de apuração das penalidades tem início com a respectiva notificação expressa à Oscip, devidamente motivada com a acusação formal da culpa ou do dolo a ela imputado.
- 15.6.1.** Notificada, a Oscip poderá em um prazo de 05 (cinco) dias úteis para defesa prévia.
- 15.7.** Da aplicação das penalidades a Oscip terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Dirigente Máximo do OEP.
- 15.7.1.** O recurso não será conhecido quando for interposto fora do prazo ou por quem não tenha legitimidade.
- 15.7.2.** Possui legitimidade para interposição de recurso o representante legal da entidade, que deverá demonstrar sua legitimidade pela apresentação de procuração, termo de posse, ata ou outro documento que demonstre o vínculo entre o representante legal e a Oscip.
- 15.7.3.** O OEP terá prazo de 5 (cinco) dias úteis para analisar o recurso e comunicar a Oscip sua decisão final.
- 15.8.** Não apresentado, não conhecido ou julgado improcedente o recurso, a decisão quanto a aplicação de penalidade torna-se definitiva.

16. CLÁUSULA DEZESSEIS – DA PUBLICAÇÃO

- 16.1.** O OEP deverá providenciar a publicação do extrato deste termo de parceria no Diário Oficial dos Poderes do Estado, conforme modelo disponibilizado pela Seplag.

17. CLÁUSULA DEZESSETE – DO FORO

- 17.1.** Fica eleita a Câmara de Prevenção e Resolução Administrativa de Conflitos, prevista na Lei Estadual nº 23.172, de 2018, para a prévia tentativa de conciliação e solução administrativa de dúvidas e questões controversas decorrentes do presente termo de parceria que as partes não puderem, por si, dirimir.



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

17.2. Permanecendo a necessidade de provimento judicial e, para todos os fins de direito, fica eleito o Foro da Comarca de Belo Horizonte, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente termo de parceria em 2 (duas) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Belo Horizonte, (dia) de (mês) de (ano).

Nome do dirigente máximo do OEP

Nome do OEP

Dirigente máximo da Oscip

Nome da Oscip

TESTEMUNHAS:

NOME:

NOME:

CPF Nº:

CPF Nº:

ENDEREÇO:

ENDEREÇO:



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

ANEXO I DO TERMO DE PARCERIA – CONCEPÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Este anexo deve conter um breve histórico da política pública que será implementada por meio do termo de parceria. Será redigido pela FHEMIG, em conjunto com a Oscip, quando da celebração do instrumento jurídico, levando em consideração as diretrizes expostas neste edital.



ANEXO II DO TERMO DE PARCERIA – PROGRAMA DE TRABALHO

1. OBJETO DO TERMO DE PARCERIA:

Gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços necessários para a obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede fhemig no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig, incluindo ações de treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.



2. QUADRO DE INDICADORES

Área Temática	Indicador	Peso (%)	Metas																Valor Acumulado		
			1° PA	2° PA	3° PA	4° PA	5° PA	6° PA	7° PA	8° PA	9° PA	10° PA	11° PA	12° PA	13° PA	14° PA	15° PA	16° PA			
1	Avaliação (auditoria interna)	1.1	Número de unidades assistenciais com auditoria interna realizada	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
2	Capacitações, intervenções e melhorias de processos	2.1	Percentual de capacitações realizadas conforme Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig	5	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2.2	Percentual de processos das unidades assistenciais adequados conforme Relatório de Auditoria interna Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig	5	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2.3	Indicador de intervenção: KPI - Eficiência (produção)	5	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2.4	Indicador de intervenção: percentual de satisfação - Eficácia (qualidade)	5	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2.5	Indicador de intervenção: percentual de satisfação - Efetividade (impacto)	5	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Avaliação diagnóstica para acreditação	3.1	Percentual de resolução de não conformidades, apontadas em relatório de auditoria interna, do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo	5	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	-	-	-	-	-	-	100%	



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

Área Temática	Indicador	Peso (%)	Metas																Valor Acumulado				
			1° PA	2° PA	3° PA	4° PA	5° PA	6° PA	7° PA	8° PA	9° PA	10° PA	11° PA	12° PA	13° PA	14° PA	15° PA	16° PA					
		3.2	Percentual de resolução de não conformidades, apontadas em relatório de auditoria interna, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	-	-	-	-	-	-	100%		
4	Acreditação ONA	4.1	Número de unidades assistenciais acreditadas ONA1	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2		
5	Manutenção da acreditação	5.1	Número de unidades com manutenção da acreditação ONA	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	2	2		
		5.2	Número de unidades atendidas com taxa de adesão às propostas da qualidade em 100%	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
6	Impacto da gestão da qualidade nos indicadores das unidades atendidas	6.1	Número de unidades atendidas com melhoria na satisfação do usuário, conforme diagnóstico anterior	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
		6.2	Número de unidades atendidas com melhoria da pesquisa de clima interno, conforme diagnóstico anterior	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		6.3	Número de unidades atendidas com melhoria na média dos resultados de indicadores assistenciais, conforme diagnóstico anterior	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

Área Temática	Indicador	Peso (%)	Metas																Valor Acumulado		
			1° PA	2° PA	3° PA	4° PA	5° PA	6° PA	7° PA	8° PA	9° PA	10° PA	11° PA	12° PA	13° PA	14° PA	15° PA	16° PA			
7	Gestão da Parceria	7.1	Percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral periódica	2	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



3. ATRIBUTOS DOS INDICADORES

ÁREA TEMÁTICA 01: AVALIAÇÃO (AUDITORIA INTERNA)

Indicador 1.1 - Número de unidades assistenciais com auditoria interna realizada

Descrição: A auditoria interna consiste na realização da visita de avaliação inicial, baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, em todos os serviços realizados nas unidades, bem como os terceirizados. Esta avaliação terá como objetivo o levantamento de não conformidades aos requisitos técnicos do manual da ONA que deverão ser registrados, de forma pormenorizada, em relatório pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. A Oscip parceira deverá realizar de forma direta a auditoria interna.

Fórmula de Cálculo: Somatório do número de unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig com auditoria interna realizada.

Unidade de medida: Número absoluto

Fonte de Comprovação: Relatórios de auditoria interna elaborados pela Oscip.

Periodicidade: Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado – Trimestral.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.

ÁREA TEMÁTICA 02: CAPACITAÇÕES, INTERVENÇÕES E MELHORIAS DE PROCESSOS

Indicador 2.1 - Percentual de capacitações realizadas conforme Plano de Trabalho #AcreditaFhemig

Descrição: A realização de capacitações dos servidores nas ferramentas da Qualidade é exigência para implantação e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade, seguindo as diretrizes do Manual da Qualidade e do Núcleo de Qualidade da Fhemig. A Oscip deverá realizar de forma direta as capacitações ou proceder a contratação de empresa especializada, em casos específicos, desde que atenda aos objetivos propostos neste edital.

A Oscip será responsável também por viabilizar a realização das capacitações, conforme Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig, e por articular junto à Fhemig a participação dos servidores.

As ações educacionais poderão ocorrer dentro das próprias unidades assistenciais atendidas, quando o espaço físico comportar, ou em outros locais. Será responsabilidade da Oscip providenciar a locação de espaço que comporte os profissionais durante todo o evento, quando for o caso; serviços necessários para a realização do evento como recursos audiovisuais e lanches; materiais didáticos; honorários e custos com palestrantes, se houver; entre outros.

Os aspectos quanto à definição dos dias de realização de cada capacitação, quais profissionais serão capacitados, conteúdo programático e demais especificidades serão definidos em cronograma prévio para cada período avaliatório, elaborado pela Oscip e aprovado pela Comissão Supervisora do termo de parceria. Poderão ser realizadas alterações do Cronograma após aprovado, desde que sejam devidamente justificadas demonstrando a necessidade de cada alteração.

A capacitação será considerada realizada quando contar com no mínimo 75% do público alvo.

A Oscip cuidará integralmente do registro e aferição das presenças.



Fórmula de Cálculo: (Número de ações educacionais realizadas no período / Número de ações educacionais previstas no Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig para o período)*100

Unidade de medida: Percentual

Fonte de Comprovação: Lista de presença das capacitações.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.

Indicador 2.2 - Percentual de processos das unidades assistenciais adequados conforme Relatório de Auditoria interna Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig

Descrição: As atividades de gestão e melhoria de processos nas ferramentas da Qualidade são exigência para implantação e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade, seguindo as diretrizes do Manual da Qualidade e do Núcleo de Qualidade da Fhemig. A Oscip deverá realizar de forma direta as atividades voltadas para a implantação e melhoria de processo ou proceder a contratação de empresa especializada, em casos específicos, desde que atenda aos objetivos propostos neste edital.

Os processos a serem implantados e melhorados e requisitos específicos para o cumprimento dessa atividades estarão identificados no relatórios de auditoria interna elaborados pela Oscip, previsto no indicador 1.1, e no Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig.

Fórmula de Cálculo: (Processos das unidades assistenciais adequados no período / Processos das unidades assistenciais previstos para serem adequados no período) x 100

Unidade de medida: Percentual

Fonte de Comprovação: Ferramentas e instrumentos de gestão da qualidade elaborados e implantados.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.

Indicador 2.3 - Indicador de intervenção: Eficiência (produção)

Descrição: Os indicadores operacionais são aqueles utilizados no dia a dia da gestão do projeto, ou seja, são os KPIs que o gerente de projetos acompanha sistematicamente para garantir o andamento da intervenção. Os principais indicadores operacionais são desvio de prazo, desvio de custo e desvio de esforço.

Os projetos e intervenções a serem realizadas e os requisitos específicos para o cumprimento dessa atividades estarão identificados no relatórios de auditoria interna elaborados pela Oscip, previsto no indicador 1.1, e no Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig.

O indicador de eficiência será composto pela média desses três indicadores.

Desvio de prazo: é a relação entre o prazo estimado e o prazo real do projeto ou intervenção. A partir dele é possível identificar se a execução da intervenção está dentro, fora ou no prazo previsto.

Desvio de custo: é a relação entre o custo estimado e o custo real ou previsto do projeto ou intervenção. A partir dele é possível identificar se o orçamento da intervenção está acima, abaixo ou dentro do planejado.

Desvio de esforço: é a relação entre o esforço estimado e o esforço real do projeto. A partir dele é possível identificar se



o esforço da intervenção está acima, abaixo ou dentro do planejado.

Fórmula de Cálculo:

Desvio de prazo:

Para projetos ou intervenções concluídos

$$\text{Desvio de prazo} = \text{Duração real} / \text{Duração planejada}$$

Para projetos ou intervenções em andamento

$$\text{Desvio de prazo} = \text{Duração prevista} / \text{Duração planejada}$$

Desvio de custo:

Para projetos ou intervenções concluídos

$$\text{Desvio de custo} = \text{Custo real} / \text{Custo planejado}$$

Para projetos ou intervenções em andamento

$$\text{Desvio de custo} = \text{Custo previsto} / \text{Custo planejado}$$

Desvio de esforço = total de horas trabalhadas / total de horas planejadas

Se menor que 0, o projeto está adiantado/abaixo do orçamento estimado/abaixo do esforço planejado;

se maior que 0, o projeto está atrasado/acima do orçamento estimado/acima do esforço planejado;

se igual a 0, o projeto está dentro do planejado/dentro do orçamento estimado/dentro do esforço planejado.

Resultado: Média dos indicadores x 100. Onde 100% dos projetos e intervenções devem estar com resultado compreendido entre 85% e 110%.

Unidade de medida: Percentual

Fonte de Comprovação: Relatório da Gerência de Infraestrutura Predial/Fhemig.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): Faixa de desempenho: Se 100% das intervenções estiverem dentro da faixa: nota 10. Se resultado diferente: nota 0.

Indicador 2.4- Indicador de intervenção: percentual de satisfação - Eficácia (qualidade)

Descrição: O indicador de qualidade irá identificar a satisfação quanto à qualidade dos equipamentos e serviços entregues. Ele será definido no momento da elaboração do Plano de Trabalho da intervenção em questão, conforme natureza dos serviços.

Fórmula de Cálculo: a ser definida

Unidade de medida: percentual

Fonte de Comprovação: Relatório da Gerência de Infraestrutura Predial/Fhemig.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.



Indicador 2.5 - Indicador de intervenção: percentual de satisfação - Efetividade (impacto)

Descrição: O indicador de impacto irá identificar se os objetivos propostos foram alcançados por meio da intervenção. Ele será definido no momento da elaboração do Plano de Trabalho da intervenção em questão, conforme natureza dos serviços.

Fórmula de Cálculo:

Unidade de medida: percentual

Fonte de Comprovação: Relatório da Gerência de Infraestrutura Predial/Fhemig.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.

ÁREA TEMÁTICA 03: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA ACREDITAÇÃO

Atributos aplicáveis aos indicadores de 3.1 e 3.2 - Percentual de resolução de não conformidades apontadas em relatório de auditoria interna

Descrição: Após a realização das primeiras Etapas do Projeto #AcreditaFhemig (apresentação e discussão dos relatórios de não conformidades apontadas na avaliação de auditoria interna, prevista no indicador 1.1, e realização capacitações, intervenções e melhorias de processos necessárias à acreditação) será o momento de realização da Avaliação Diagnóstica para Acreditação em todos os serviços das unidades bem como os terceirizados, baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, bem como a tratativa das não conformidades ainda existentes. Nesse momento será verificado qual o percentual de não conformidade identificadas nos relatórios de auditoria interna elaborados pela Oscip, previsto no indicador 1.1, foram sanadas ou resolvidas.

A Oscip parceira deverá realizar de forma direta uma nova avaliação interna ou realizar a contratação de uma instituição acreditadora para avaliação diagnóstica.

Fórmula de Cálculo: (Número de não conformidades sanadas ou resolvidas / Número de não conformidades identificadas no relatório de auditoria interna, previsto no indicador 1.1) x 100

Unidade de medida: Percentual

Fonte de Comprovação: Relatórios de auditoria interna ou avaliação diagnóstica elaborados pela Oscip ou instituição acreditadora. Relatórios de consolidação dos dados elaborado pela Oscip.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.

Indicadores dessa área temática:

Indicador 3.1 - Percentual de resolução de não conformidades, apontadas em relatório de auditoria interna, do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo

Indicador 3.2 - Percentual de resolução de não conformidades, apontadas em relatório de auditoria interna, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena

ÁREA TEMÁTICA 04: ACREDITAÇÃO ONA



Indicador 4.1 - Número de unidades assistenciais acreditadas ONA Nível 1

Descrição: A obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede fhemig no âmbito do projeto #AcreditaFhemig é o objeto deste termo de parceria, conforme descrito no Termo de Referência do Edital de Seleção Pública. Dessa forma, a primeira grande entrega da parceria é representada pela obtenção da Acreditação ONA Nível 1 para as unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig, avaliada nesse indicador.

A obtenção da Acreditação Nível 1 deve ocorrer até o mês 22 da parceria.

Fórmula de Cálculo: Somatório do número de unidades assistenciais, atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig, Acreditadas ONA Nível 1.

Unidade de medida: Número absoluto.

Fonte de Comprovação: Cópia do contrato de prestação de serviços de auditoria para realização da avaliação do processo de acreditação para unidade, juntamente com o certificado que comprove a obtenção da Acreditação ONA Nível 1 para o CNES da unidade assistencial.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.

ÁREA TEMÁTICA 05: Manutenção da acreditação

Indicador 5.1 - Número de unidades com manutenção da acreditação ONA 1

Descrição: A obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede fhemig no âmbito do projeto #AcreditaFhemig é o objeto deste termo de parceria, conforme descrito no Termo de Referência do Edital de Seleção Pública.

A manutenção da acreditação obtida visa garantir qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional. Dessa forma, após a obtenção da acreditação, será papel da Oscip parceira também realizar todas as ações necessárias para garantir a sua manutenção pelo período pactuado no termo de parceria.

Fórmula de Cálculo: Somatório de unidades assistenciais com acreditação ONA mantida no período.

Unidade de medida: Número absoluto

Fonte de Comprovação: Cópia do contrato de prestação de serviços de auditoria para realização da avaliação do processo de acreditação para unidade, juntamente com o certificado que comprove a manutenção da Acreditação ONA Nível 1 para o CNES da unidade assistencial.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.

Indicador 5.2 - Número de unidades atendidas com taxa de adesão às propostas da qualidade em 100%

Descrição: A obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede fhemig no âmbito do projeto #AcreditaFhemig é o objeto deste termo de parceria, conforme descrito no Termo de Referência do Edital de Seleção Pública. Dessa forma, a PROPONENTE deverá criar meios para garantir o cumprimento das propostas da



Qualidade, visando a melhoria da interação entre os setores e qualidade nos processos assistenciais e administrativos, bem como integração à proposta da Unidade para obtenção da Acreditação Hospitalar.

Fórmula de Cálculo: Somatório e unidades atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig com taxa de adesão às propostas da qualidade em 100%

Unidade de medida: Número absoluto

Fonte de Comprovação: Ferramentas e instrumentos de qualidade elaborados e implantados que corroborem com a adesão às propostas da qualidade; Gestão de indicadores da Qualidade com mensuração e acompanhamento periódico, que visem o cumprimento das propostas.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.

ÁREA TEMÁTICA 06: IMPACTO DA GESTÃO DA QUALIDADE NOS INDICADORES DAS UNIDADES ATENDIDAS

Indicador 6.1 - Número de unidades atendidas com melhoria na satisfação do usuário, conforme diagnóstico anterior

Descrição: Esse indicador permite avaliar a ocorrência de melhoria da satisfação do usuário em relação ao serviço de saúde prestado na unidade, através de pesquisa de satisfação. A pesquisa será realizada por meio de formulários impressos e digitais. Ressalta-se que o conteúdo dos formulários serão os mesmos, sendo a metodologia da pesquisa elaborada pela Fhemig e a pesquisa realizada diretamente por esta Fundação.

A linha de base do indicador de satisfação, que servirá de referência para a apuração da melhoria dos resultados, será o resultado mensurado pela Fhemig no mês 1 desse termo de parceria. Sendo que o formato de apuração ocorrerá conforme metodologia utilizada pela Fhemig no momento da apuração da linha de base. A Fhemig deverá dar conhecimento à Oscip parceira sobre a metodologia utilizada.

O resultado do indicador será avaliado de forma individualizada para cada uma das 7 unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig, utilizando-se a seguinte fórmula: (Média simples dos resultados mensais obtidos pela unidade atendida pelo Projeto #AcreditaFhemig no período avaliado) - (Resultado apurado na linha de base para a unidade atendida pelo Projeto #AcreditaFhemig). Onde: será considerado que houve melhoria dos resultados da unidade quando a diferença entre as médias for superior a 1.

Fórmula de cálculo do indicador: Somatório de unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig com melhoria no percentual de satisfação do usuário.

Unidade de medida: Número absoluto

Periodicidade: Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado – Trimestral

Fonte de Comprovação: Formulários de pesquisa impressos e/ou digitais. Relatórios de consolidação dos dados. Apuração realizada diretamente pela Fhemig e enviada à Comissão Supervisora do termo de parceria. A apuração do indicador de satisfação será realizada diretamente pela Fhemig e enviada à Comissão Supervisora do termo de parceria, com base no DRG-Brasil. A Comissão supervisora deverá demonstrar o resultado obtido no relatório de monitoramento.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.



Indicador 6.2 - Número de unidades atendidas com melhoria da pesquisa de clima interno, conforme diagnóstico anterior

Descrição: Esse indicador permite avaliar a ocorrência de melhoria do resultado da pesquisa de clima interno das unidades das unidades atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig.

A linha de base do indicador, que servirá de referência para a apuração da melhoria dos resultados, será o resultado mensurado pela Oscip, conforme previsto no produto “Diagnóstico inicial do clima interno”. Sendo que o formato de apuração ocorrerá conforme metodologia definida em conjunto com a Fhemig no “Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig”, produto previsto neste termo de parceria.

O resultado do indicador será avaliado de forma individualizada para cada uma das 7 unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig, utilizando-se a seguinte fórmula: (Média simples dos resultados obtidos pela unidade atendida pelo Projeto #AcreditaFhemig no período avaliado) - (Resultado apurado na linha de base para a unidade atendida pelo Projeto #AcreditaFhemig). Onde: será considerado que houve melhoria dos resultados da unidade quando a diferença entre as médias for superior a 1.

Fórmula de Cálculo: Somatório do número de unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig com melhoria na pesquisa de clima interno.

Unidade de medida: Número absoluto

Fonte de Comprovação: Formulários de pesquisa impressos e/ou digitais. Relatórios de consolidação dos dados elaborado pela Oscip.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.

Indicador 6.3 - Número de unidades atendidas com melhoria na média dos resultados de indicadores assistenciais, conforme diagnóstico anterior

Descrição: A gestão da qualidade visa definir e padronizar os processos de trabalho, otimizar a interação entre os mesmos e sua melhoria contínua, no intuito de garantir um atendimento sistematizado, seguro e eficiente à população. Os indicadores dessa área temática têm a importância de mensurar os impactos das ações do Projeto #AcreditaFhemig nas unidades contempladas pelo projeto. Através desses indicadores será possível demonstrar a melhoria dos resultados assistenciais da unidade com a execução do termo de parceria, bem como garantir o comprometimento da entidade parceira com esses resultados.

Serão considerados para a apuração da melhoria na média dos resultados de indicadores assistenciais das unidades atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig, sendo selecionados os seguintes indicadores:

- I. Percentual de condição adquirida;
- II. Taxa de mortalidade hospitalar geral;
- III. Taxa de readmissão em até 30 dias por complicação.

A linha de base dos indicadores acima, que servirá de referência para a apuração da melhoria na média dos resultados de indicadores assistenciais das unidades atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig, será o resultado mensurado pela Fhemig no mês 1 deste termo de parceria. Sendo que o formato de apuração dos indicadores acompanhados nesse item ocorrerá conforme metodologia utilizada pela Fhemig no momento da apuração da linha de base dos indicadores acima. A Fhemig deverá dar conhecimento à Oscip parceira sobre a metodologia utilizada.

O resultado do indicador será avaliado de forma individualizada para cada uma das 7 unidades assistenciais atendidas



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

pelo Projeto #AcreditaFhemig, utilizando-se a seguinte fórmula: (Média simples dos resultados obtido pela unidade atendida pelo Projeto #AcreditaFhemig no período avaliado) - (Média simples dos resultados obtido pela unidade atendida pelo Projeto #AcreditaFhemig na apuração da linha de base). Onde: será considerado que houve melhoria dos resultados da unidade quando a diferença entre as médias for superior a 1.

Fórmula de cálculo do indicador: Somatório do número de unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig com melhoria nos indicadores avaliados neste item.

Unidade de medida: Número absoluto

Fonte de Comprovação: A apuração do indicador de satisfação será realizada diretamente pela Fhemig e enviada à Comissão Supervisora do termo de parceria, com base no DRG-Brasil. A Comissão supervisora deverá demonstrar o resultado obtido no relatório de monitoramento.

Periodicidade: Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado – Trimestral.

Polaridade: Maior melhor

Cálculo de desempenho (CD): A partir do resultado obtido através da fórmula: (Resultado obtido no período / Meta pactuada no período) x 10.

ÁREA TEMÁTICA 07: GESTÃO DA PARCERIA

Indicador 7.1 - Percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral periódica

Descrição: Uma das atribuições do Órgão Estatal Parceiro no acompanhamento e fiscalização do termo de parceria é a realização das checagens amostrais periódicas, conforme metodologia pré-estabelecida pela Seplag, gerando-se relatório conclusivo. A apuração do percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral, que será utilizado para cálculo deste indicador, busca mensurar a conformidade desses processos, com a finalidade de garantir o cumprimento dos regulamentos próprios da entidade parceria que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas, e se coadunam com o objeto do termo de parceria.

Os Regulamentos próprios devem ser construídos de acordo com o manual disponibilizado no sítio eletrônico da Seplag, e aprovados tanto pelo Órgão Estatal Parceiro – OEP quanto pela Seplag.

Para avaliar o percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral, a Seplag estruturou um modelo de relatório, que deve ser utilizado pelo OEP para demonstrar os processos analisados. Um dos itens desse relatório é a apuração do percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral, que será utilizado para cálculo deste indicador. Importa salientar que, caso exista a necessidade de realização de checagem de efetividade (que verifica a conformidade dos processos considerados inconformes pela equipe de checagem amostral quando da realização deste procedimento), o resultado a ser considerado será o apurado após a finalização do respectivo relatório.

Fórmula de Cálculo: (Número de processos analisados na checagem amostral que cumpriram os requisitos dos regulamentos próprios que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas/ Número de processos analisados na checagem amostral) x 100.

Unidade de medida: Percentual.

Fonte de Comprovação: Relatórios de checagem amostral (e relatórios de checagem de efetividade, quando for o caso) elaborados pela comissão supervisora do termo de parceria, conforme modelo da Seplag.

Periodicidade: Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado – Trimestral.



Polaridade: Maior melhor.

Cálculo de desempenho (CD): Conforme quadro a seguir:

% de Execução	Pontuação
100%	10
de 90% a 99,99%	8
de 80% a 89,99%	6
de 0% a 79,99%	0



4. QUADRO DE PRODUTOS

Área Temática		Produto		Peso (%)	Início	Término	Período Avaliatório
1	Avaliação (auditoria interna)	1.1	Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig	40	Mês 1	Mês 4	2° PA
		1.2	Diagnóstico inicial do clima interno	10	Mês 24	Mês 30	10° PA
		1.3	Atualização do Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig, para planejamento da Etapa 5: Manutenção da acreditação	20	Mês 34	Mês 36	12° PA
2	Gestão da parceria	2.1	Implantar Plataforma Eletrônica de Prestação de Contas	30	Mês 1	Mês 3	1° PA



5. ATRIBUTOS DOS PRODUTOS

ÁREA TEMÁTICA 01: AVALIAÇÃO (AUDITORIA INTERNA)

Produto 1.1 - Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig

Descrição: Para a implementação das etapas do Projeto #AcreditaFhemig e execução das atividades previstas neste termo de parceria a Oscip parceira deverá elaborar em comum acordo com a Fhemig o Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig. Este plano deverá conter, no mínimo, o cronograma de execução das quatro primeiras etapas do Projeto Acredita Fhemig, considerando as metas e entregas previstas no termo de parceria e as diretrizes do Manual da Qualidade e do Núcleo de Qualidade da Fhemig. Este Plano de Trabalho deverá ser adequado à realidade de cada uma das unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig.

Critério de Aceitação: Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig elaborado pela Oscip e aprovado pela Fhemig dentro do prazo.

Fonte de Comprovação: Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig aprovado.

Produto 1.2 - Diagnósticos iniciais do clima interno

Descrição: Estes diagnósticos iniciais do clima interno das unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig fornecerá a linha de base, que servirá de referência para a apuração da melhoria dos resultados do clima interno (indicador 6.2). O formato de apuração ocorrerá conforme metodologia definida em conjunto com a Fhemig no “Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig”, produto 1.1 previsto neste termo de parceria.

Deverá ser entregue um diagnóstico por cada unidade atendida pelo Projeto, totalizando 7 diagnósticos.

Critério de Aceitação: Diagnósticos iniciais do clima interno realizado pela Oscip ou por empresa especializada.

Fonte de Comprovação: Diagnósticos iniciais do clima interno.

Produto 1.3 - Atualização do Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig

Descrição: Como continuidade do planejamento detalhado do Projeto #Acredita Fhemig, a atualização do Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig deverá ser realizada para formalização do planejamento das atividades da Etapa 5: Manutenção da acreditação. A atualização do plano deverá ser realizada em comum acordo com a Fhemig o Plano de Trabalho do Projeto #AcreditaFhemig. Este plano deverá conter, no mínimo, o cronograma de execução das atividades da 5ª Etapa Projeto Acredita Fhemig, considerando as metas e entregas previstas no termo de parceria e as diretrizes do Manual da Qualidade e do Núcleo de Qualidade da Fhemig. O Plano de Trabalho deverá ser adequado à realidade de cada uma das unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #AcreditaFhemig.

Critério de Aceitação: Plano de Trabalho atualizado do Projeto #AcreditaFhemig elaborado pela Oscip e aprovado pela Fhemig dentro do prazo.

Fonte de Comprovação: Plano de Trabalho atualizado do Projeto #AcreditaFhemig aprovado.



ÁREA TEMÁTICA 02: GESTÃO DA PARCERIA

Produto 2.1 – Implantar Plataforma Eletrônica de Prestação de Contas

Descrição: A OSCIP deverá implantar Plataforma Eletrônica de Prestação de Contas. A referida plataforma eletrônica deverá observar todos os critérios estabelecidos nos itens 4.7.9 a 4.7.19 do Termo de Referência do processo de seleção pública. A OSCIP deverá prover integração do software com os demais sistemas da FHEMIG, quando necessário para a adequada prestação do serviço e seu monitoramento. O Sistema de Prestação de Contas deverá permitir a alimentação, por meio de assinatura digital diária dos registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas. Deve prover o registro completo dos dados para subsidiar o monitoramento e acompanhamento financeiro e contábil do contrato de gestão, dos registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas, garantindo a segurança jurídica da legislação aplicável bem como a importação, exportação e armazenamento de todos os documentos pertinentes a execução financeira.

O Sistema deverá ainda produzir os relatórios necessários para composição dos relatórios específicos do termo de parceria e da prestação de contas ao OEP, atendendo às especificidades da Lei Estadual nº. 23.081/2018, do Decreto Estadual nº. 47.554/2018, suas regulamentações e alterações.

Critério de Aceitação: A plataforma Eletrônica de Prestação de Contas, em pleno funcionamento em até 90 (noventa) dias após a celebração do termo de parceria. Nesse prazo, a plataforma Eletrônica de Prestação de Contas deverá estar disponível, em funcionamento e com os devidos usuários e senhas criados e previamente informados à FHEMIG, de modo que a FHEMIG consiga realizar o monitoramento da execução financeira do termo de parceria.

Fonte de Comprovação: Documento da Comissão de Monitoramento e Avaliação da FHEMIG atestando que plataforma Eletrônica de Prestação de Contas está disponível e em funcionamento.



6. CRONOGRAMA E QUADRO DE PESOS PARA AVALIAÇÃO

6.1. CRONOGRAMA DE AVALIAÇÕES

AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIADO	MÊS
1ª Avaliação	Mês 1 a Mês 3	Mês 4
2ª Avaliação	Mês 4 a Mês 6	Mês 7
3ª Avaliação	Mês 7 a Mês 9	Mês 10
4ª Avaliação	Mês 10 a Mês 12	Mês 13
5ª Avaliação	Mês 13 a Mês 15	Mês 16
6ª Avaliação	Mês 16 a Mês 18	Mês 19
7ª Avaliação	Mês 19 a Mês 21	Mês 22
8ª Avaliação	Mês 22 a Mês 24	Mês 25
9ª Avaliação	Mês 25 a Mês 27	Mês 28
10ª Avaliação	Mês 28 a Mês 30	Mês 31
11ª Avaliação	Mês 31 a Mês 33	Mês 34
12ª Avaliação	Mês 34 a Mês 36	Mês 37
13ª Avaliação	Mês 37 a Mês 39	Mês 40
14ª Avaliação	Mês 40 a Mês 42	Mês 43
15ª Avaliação	Mês 43 a Mês 45	Mês 46
16ª Avaliação	Mês 46 a Mês 48	Mês 49



6.2. QUADRO DE PESOS PARA AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO	QUADRO DE INDICADORES	QUADRO DE PRODUTOS
1ª Avaliação	70%	30%
2ª Avaliação	60%	40%
3ª Avaliação	100%	-
4ª Avaliação	100%	-
5ª Avaliação	100%	-
6ª Avaliação	100%	-
7ª Avaliação	100%	-
8ª Avaliação	100%	-
9ª Avaliação	100%	-
10ª Avaliação	80%	20%
11ª Avaliação	100%	-
12ª Avaliação	80%	20%
13ª Avaliação	100%	-
14ª Avaliação	100%	-
15ª Avaliação	100%	-
16ª Avaliação	100%	-



7. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSOS

PARCELAS	VALOR (R\$)	MÊS	CONDIÇÕES
1ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 1	Após a celebração do termo de parceria.
2ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 4	Realização da 1ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
3ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 7	Realização da 2ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
4ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 10	Realização da 3ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
5ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 13	Realização da 4ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
6ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 16	Realização da 5ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
7ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 19	Realização da 6ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
8ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 22	Realização da 7ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
9ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 25	Realização da 8ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
10ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 27	Realização da 9ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
11ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 31	Realização da 10ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
12ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 34	Realização da 11ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
13ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 37	Realização da 12ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
14ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 40	Realização da 13ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
15ª Parcela	xxxxxx,xx	Mês 43	Realização da 14ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

16ª Parcela	XXXXXX,XX	Mês 46	Realização da 15ª reunião da comissão de avaliação e aprovação da liberação de parcela pelo supervisor.
-------------	-----------	--------	---



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

8 - QUADRO DE PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS

1	Entrada de Recursos	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	TOTAL
11	Receitas													
111	Repasse Termo de Parceria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
112	Previsão de Saldo do TP/TA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
113	Receita Arrecadada em Função da Existência do TP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
114	Rendimentos Líquidos de Aplicações	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
115	Outras Receitas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	Devoluções	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total de Entradas:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Saída de Recursos	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	TOTAL
21	Despesas de Pessoal													
211	Salários	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
212	Estagiários	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
213	Autônomos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
214	Encargos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
215	Benefícios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Subtotal (Pessoal):	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	Serviços de Pessoa Jurídica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	Despesas Gerais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	Aquisição de Bens Permanentes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total de Saídas:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



ANEXO III DO TERMO DE PARCERIA – DA SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO

O alcance do objeto do termo de parceria será avaliado por meio de reuniões da comissão de avaliação, que serão realizadas na periodicidade definida no Cronograma de Avaliações constante no Anexo II – Programa de Trabalho deste termo de parceria.

Competirá à comissão de avaliação:

- a) cumprir o Cronograma de Avaliações previsto no Anexo II – Programa de Trabalho, item 6.1, deste termo;
- b) analisar o relatório de monitoramento apresentado pelo supervisor do termo de parceria;
- c) solicitar ao OEP ou à Oscip, os esclarecimentos que se fizerem necessários para subsidiar sua avaliação;
- d) avaliar os resultados atingidos na execução do termo de parceria, de acordo com informações apresentadas pelo Supervisor do termo de parceria, e fazer recomendações para o sucesso dos produtos e indicadores;
- e) emitir relatório sobre a avaliação dos resultados obtidos no período avaliatório.

A comissão deverá calcular o desempenho de cada indicador e produto, conforme a metodologia constante neste Anexo, e emitir relatório conclusivo sobre os resultados obtidos no período avaliatório. A avaliação da comissão é subsidiada pelo relatório de monitoramento apresentado pelo Supervisor.

Os relatórios das reuniões da comissão de avaliação deverão demonstrar o que foi realizado até o momento, o indicativo de alcance do nível de desempenho acordado, os pontos problemáticos e proposições para o alcance das metas pactuadas para o próximo período.

Todos os repasses serão precedidos de uma reunião da comissão de avaliação, que emitirá relatório sobre a avaliação dos resultados alcançados, realizada de acordo com a sistemática de avaliação, de forma a demonstrar a nota obtida e registrar as recomendações para o próximo período, conforme modelo disponibilizado pela Seplag.

Nota referente ao alcance dos resultados do Quadro de Indicadores:

Ao final de cada período avaliatório, os indicadores serão avaliados a partir das informações de execução do termo de parceria apresentadas no relatório de resultados. O resultado do indicador é calculado conforme fórmula de cálculo pactuada nos seus atributos. A partir desse valor, para cada indicador será aplicada a regra de cálculo de desempenho, também pactuada, gerando-se com isso uma nota de 0 (zero) a 10 (dez).

A nota do conjunto de indicadores avaliados no período será calculada pelo somatório da nota atribuída para cada indicador multiplicada pelo peso percentual respectivo, dividido pelo somatório dos pesos dos indicadores, conforme fórmula a seguir:



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

Fórmula 1 (F1): Σ (nota de cada indicador x peso percentual respectivo) / Σ (pesos dos indicadores do referido período avaliatório)

Se na data da reunião de avaliação verificar-se que o cumprimento do indicador se deu fora do período avaliatório, ou seja, tiver havido um atraso no cumprimento da meta, a nota obtida em cada um desses indicadores, referente a parte que não foi cumprida dentro do prazo, será multiplicada por um fator de atraso calculado conforme abaixo:

Fator de atraso: $(30 - \text{N}^\circ \text{ de dias corridos de atraso}) / 30$

Nota referente ao alcance dos resultados do Quadro de Produtos:

Ao final de cada período avaliatório, os produtos serão avaliados a partir das informações de execução do termo de parceria apresentadas no relatório de resultados. Para cada produto será atribuída uma nota de 0 (zero) a 10 (dez), de acordo com o quadro abaixo:

Produto	Nota atribuída
Produto entregue no prazo	10
Produto entregue com atraso	$(30 - \text{N}^\circ \text{ de dias corridos de atraso}) / 3$
Produto não entregue	Zero

A nota do conjunto de produtos avaliados no período será calculada pelo somatório da nota atribuída para cada produto multiplicada pelo peso percentual respectivo, dividido pelo somatório dos pesos dos produtos, conforme fórmula a seguir:

Fórmula 2 (F2): Σ (nota de cada produto x peso percentual respectivo) / Σ (pesos dos produtos do referido período avaliatório)

Nota global

A nota global do termo de parceria no período avaliatório em questão será calculada pela ponderação das notas do Quadro de Indicadores e do Quadro de Produtos, de acordo com o respectivo percentual estabelecido no Quadro de Pesos para Avaliação, definido no Anexo II – Programa de Trabalho, item 6.2, conforme fórmula a seguir:

Fórmula 3 (F3): (Resultado de F1 x Peso Percentual para Indicadores + Resultado da F2 x Peso Percentual para os Produtos) / 100%

O resultado obtido é, então, enquadrado da seguinte forma:



ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG

Nota	Conceito
10,00	Excelente
De 9,99 a 9,00	Muito Bom
De 8,00 a 8,99	Bom
De 6,00 a 7,99	Regular
Abaixo de 6,00	Insatisfatório

Excepcionalidades

Para que a regra da avaliação de cumprimento de meta de indicadores e produtos com atraso seja utilizada, no dia da reunião da comissão de avaliação deverá ser apresentado, pelo supervisor do termo de parceria, um documento complementar ao relatório de monitoramento, atestando a conferência da respectiva fonte de comprovação e a realização da meta ou entrega do produto com atraso.

A comissão de avaliação somente poderá se utilizar do expediente da desconsideração de indicadores ou produtos, expurgando-os da nota global do termo de parceria no período avaliatório, em situações excepcionais. Para haver essa desconsideração, são condições indispensáveis:

- a) a apresentação no Relatório de Monitoramento dos pleitos e motivos apresentados pela Oscip, ao solicitar a desconsideração no Relatório Gerencial;
- b) o voto favorável de maioria simples dos membros da Comissão presentes na reunião, cabendo o voto de desempate ao supervisor.

Observações

Caso a comissão de avaliação constate alguma irregularidade, ela poderá sugerir a rescisão da parceria, justificando seu posicionamento, ainda que a nota atribuída à parceria seja igual ou superior a 06 (seis). A decisão conclusiva quanto à rescisão ou não do termo de parceria caberá ao dirigente máximo do oep, respeitadas as disposições previstas na legislação que regulamenta os termos de parceria.



ANEXO IV DO TERMO DE PARCERIA – TERMO DE REFERÊNCIA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA

Este é o ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA do Edital e será inserido como anexo do termo de parceria quando da celebração do instrumento jurídico.



EDITAL FHEMIG PARA TERMO DE PARCERIA Nº 02/2022

ANEXO V – ATESTADO DE VISITA TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins que **NOME DA INSTITUIÇÃO COM CNPJ, ENDEREÇO**, neste ato representada por **REPRESENTANTE(S) DA PROPONENTE, CPF, CONSTANDO INCLUSIVE QUAL A FUNÇÃO/CARGO NA INSTITUIÇÃO DE CADA REPRESENTANTE PARTICIPANDO DA VISITA**, realizou visita técnica, nesta data, no **INSERIR NOME DA UNIDADE VISITADA**, tomando pleno conhecimento das condições locais e infraestrutura imprescindíveis para o gerenciamento do referido estabelecimento.

O(s) representante(s) da **NOME DA INSTITUIÇÃO**, por meio deste Atestado de Visita Técnica, declara(m) que não percorreu(ram) nenhuma área do Hospital Regional Dr. João Penido desacompanhado(s), que durante o período de visita técnica não foram prestados esclarecimentos, que não realizou(ram) registro áudio visual da visita técnica ou do Hospital e que não utilizou(ram) aparelhos eletrônicos como celulares, gravadores, máquinas fotográficas e afins durante a visita.

Este atestado é emitido em duas vias originais, uma via será retida pela Fhemig e a outra entregue para a instituição que realiza a visita técnica.

Município, (dia) de (mês) de (ano).

Nome completo

MASP xxxxxxxx

Responsável pela Visita Técnica na INSERIR NOME DA UNIDADE

Ciente,

INSERIR NOME DO REPRESENTANTE DA ENTIDADE

Representante da PROPONENTE



EDITAL FHEMIG PARA TERMO DE PARCERIA Nº 02/2022

ANEXO VI – FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA¹

À Comissão Julgadora do edital,

A (O) Razão Social, inscrita no CNPJ sob o número 00.000.000/0000-00, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, vem por meio deste:

1. DECLARAR que não enquadra em nenhuma das hipóteses do item 4.1 do Edital, item “4. DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS”, não sendo impedida de participar do presente processo de seleção pública. Ao assinar o Formulário e enviar sua proposta a entidade se compromete com essa informação, podendo ser desclassificada e responsabilizada a qualquer momento, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação pertinente, caso seja constatada a imprecisão ou falsidade da declaração apresentada.

2. REQUERER a apreciação, pela Comissão Julgadora, dos documentos abaixo relacionados, considerando os termos do “ANEXO II – CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS” do edital:

Relação dos documentos enviados ²	Para atender qual(is) critério(s) de avaliação da proposta o documento foi enviado?
Balanco Patrimonial	Critério 2.1
Nome do Projeto (Nº XXXXX)	
Termo de Parceria XXXXX	
Convênio XXXX	Crítérios X.X, X.X
Contrato XXXX	Crítério X.X
Certificado XXX	

3. DECLARAR a autoria, veracidade e autenticidade de todas as informações apresentadas.

¹ A PROPONENTE preencherá e assinará eletronicamente o “Formulário de envio de proposta”, em modelo disponível no Sistema Eletrônico de Informações – SEI, conforme detalhado no item 7 deste Edital.

² A relação dos documentos que consta no quadro é apenas exemplificativa, devendo a proponente alterar, de acordo com a lista dos documentos efetivamente enviados na sua proposta. Poderão ser inseridas no quadro quantas linhas forem necessárias.