ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO DE MONITORAMENTO Nº 25 / 2026 (RTPM/GMAE-CG)

GMAE-CG/SUPECC/SUBPAS/SES-GO

11º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 002/2014-SES/GO

COMPLEXO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE MENTAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA PROFESSOR JAMIL ISSY - CRESM

01 de ABRIL A 30 DE JUNHO DE 2026

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESPERANÇA E VIDA - ABEVIDA

GOIÂNIA,
OUTUBRO DE 2026

1. CONTEXTUALIZAÇÃO - RELATÓRIO CONCLUSIVO DE EXECUÇÃO

1.1. Trata-se da avaliação trimestral realizada pela Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão (GMAE-CG), por meio de suas áreas técnicas, no que concerne à execução do Contrato de Gestão nº 002/2014 –SES/GO e aditivos, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) e a Organização Social de Saúde (OSS), Associação Comunidade Luz da Vida (ABEVIDA), para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental de Aparecida de Goiânia (CRESM):

> 28.1.1.Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão em regra, trimestralmente, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

1.2. Preliminarmente, informa-se que para o acompanhamento dos resultados, a GMAE-CG utiliza minimamente os sistemas eletrônicos de informação, a saber:

a) Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro (SIPEF) para controle financeiro e contábil da execução contratual e;

b) Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS) para monitoramento de resultados assistenciais e dos indicadores de qualidade/desempenho, em conjunto com o sistema REGULATRON.

1.3. Metodologicamente, o monitoramento foi estruturado da seguinte forma: apresentação dos dados de produção (quantitativos e qualitativos) pela parceira privada, via SIGUS/SES-GO ou outro sistema de informação autorizado previamente pela SES-GO, os quais foram submetidos à validação pelos técnicos da GMAE-CG, que empreenderam apontamentos para a OSS, com o intuito de promover a melhoria do processo de gestão.

1.4. Após a elaboração do Relatório Técnico Preliminar, este foi encaminhado à parceira privada, que teve o prazo de **05 (cinco) dias consecutivos** para apresentar as justificativas pertinentes aos indicadores cujas metas eventualmente não tenham sido cumpridas, bem como às observações e aos apontamentos realizados pelas Coordenações que integram a GMAE-CG.

1.5. Encerrado o prazo para manifestação, cada Coordenação procedeu à análise das justificativas apresentadas pela OSS e elaborou o respectivo Relatório Técnico Conclusivo de Monitoramento (RTCM), contemplando as avaliações e considerações pertinentes à sua área de competência.

1.6. É imperioso ressaltar que, dada a complexidade dos dados avaliados, cada coordenação foi responsável pela elaboração do relatório técnico de sua respectiva área e competência. Isto é, a partir da avaliação e análise proferida por cada coordenação, conforme seu objeto de trabalho, dentro de sua competência técnica e especificidade, os dados foram compilados e consolidados em um único **Relatório Técnico Conclusivo de Monitoramento nº 25/2026 – SES-GO**, referente ao período de **01 de abril a 30 de junho de 2026.**

1.7. Por oportuno, reforça-se que as análises aqui apresentadas não limitam ou sobrepujam a avaliação individual, diária, contínua, de cada coordenação integrante da referida Gerência, bem como de cada Gerência/Superintendência que compõe a SES-GO, conforme os seus processos de trabalho, posto que o Relatório Técnico Conclusivo de Monitoramento (RTCM) traz um consolidado de informações referentes a um período específico que pode divergir do período de emissão dos relatórios internos de cada área técnica.

2. RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E DAS METAS ALCANÇADAS

2.1. O Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental de Aparecida de Goiânia - CRESM é uma Unidade de Assistência para atendimento ambulatorial de pessoas (criança, adolescentes, adultos, gestantes, puérpera e idosos) com transtorno mental moderado, grave e persistente e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Possui leitos de acolhimento no modelo residencial (tipo Unidade de Acolhimento) especializados em atenção às pessoas adultas com problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas, tendo suas necessidades atendidas nos diferentes momentos do tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas de Média Complexidade devidamente referenciado pela Regulação Estadual.

2.2. Trata-se de uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, com funcionamento ininterrupto para internação, 24 horas por dia, sete dias por semana. O atendimento ambulatorial é realizado, no mínimo, de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.

2.3. Para o monitoramento e avaliação de seu funcionamento, são consideradas as linhas de serviço de internação — contemplando as Diárias da Unidade de Desintoxicação e das Unidades Terapêuticas Residenciais (UTR) — e de atendimento ambulatorial, composto por consultas médicas e multiprofissionais. Essas atividades são utilizadas para a composição das metas assistenciais da unidade. Adicionalmente, outros indicadores são acompanhados pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), incluindo atendimentos em terapias especializadas e consultas odontológicas.

2.4. Indicadores e Metas de Produção

2.4.1. Os indicadores de produção são os quantitativos determinantes para o cálculo da parte assistencial/fixa do pagamento, a qual corresponde, atualmente, a 90% (noventa por cento) do valor do repasse contratualizado.

2.4.2. Internação

2.4.3. No período analisado, a produção de diárias da unidade hospitalar demonstrou plena execução, com um índice de aproveitamento ligeiramente superior à meta estabelecida no contrato.

Tabela 01. Demonstrativo dos serviços contratados: Internação

INTERNAÇÃO	Meta Mensal 11º TA	Abril	Maio	Junho	Meta trimestral	Total realizado	Eficáci
Internação/ Paciente dia (Desintoxicação e UTR)	**3.119**	3.150	3.290	3.150	**9.357**	**9.590**	**1**

Fonte: SIGUS/SES-GO

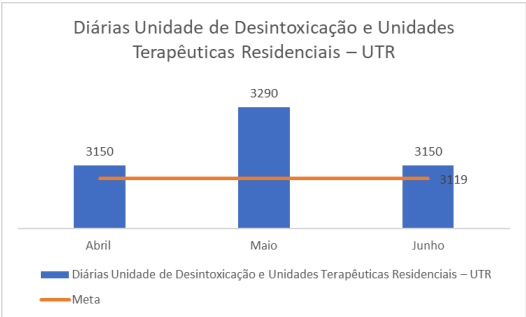


Figura 01. Evolução da produção da Internação no segundo trimestre.
Fonte: SIGUS/SES-GO

2.4.4. Atendimento Ambulatorial

2.4.4.1. A linha de atendimento ambulatorial compreende as consultas médicas especializadas e os atendimentos multiprofissionais. No período avaliado, ambas as modalidades apresentaram desempenho superior às metas pactuadas, evidenciando a capacidade operacional da unidade e a efetividade na oferta dos serviços contratados.

2.4.4.2. Conforme demonstrado na Tabela 2, foram realizadas 3.649 consultas médicas, correspondendo a uma eficácia de 101,36% em relação à meta trimestral estabelecida. As especialidades ofertadas pela unidade incluem psiquiatria, clínica médica, neurologia para adultos e neuropediatria.

2.4.4.3. No que se refere aos atendimentos multiprofissionais, foram registrados 6.001 procedimentos, superando a meta trimestral e alcançando uma eficácia de 100,02%. Essa linha assistencial é composta pelos serviços de psicologia, serviço social e enfermagem.

2.4.4.4. Considerando o conjunto dos atendimentos ambulatoriais, a unidade alcançou uma eficácia global de 100,52%. Os resultados demonstram o cumprimento integral das metas contratuais, contribuindo para o fortalecimento da atenção especializada em saúde mental e para o acesso oportuno da

população aos serviços ofertados.

Tabela 02. Demonstrativo dos seviços contratados: Atendimento ambulatorial

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	Meta Mensal 11º TA	Abril	Maio	Junho	Meta trimestral	Total realizado	Eficá
Consulta médica na Atenção Especializada	**1.200**	1.294	1.202	1.153	**3.600**	**3.649**	**1**
Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	**2.000**	1.966	1.980	2.055	**6.000**	**6.001**	**1**
TOTAL	**3.200**	**3.260**	**3.182**	**3.208**	**9.600**	**9.650**	**1**

Fonte: SIGUS/SES-GO

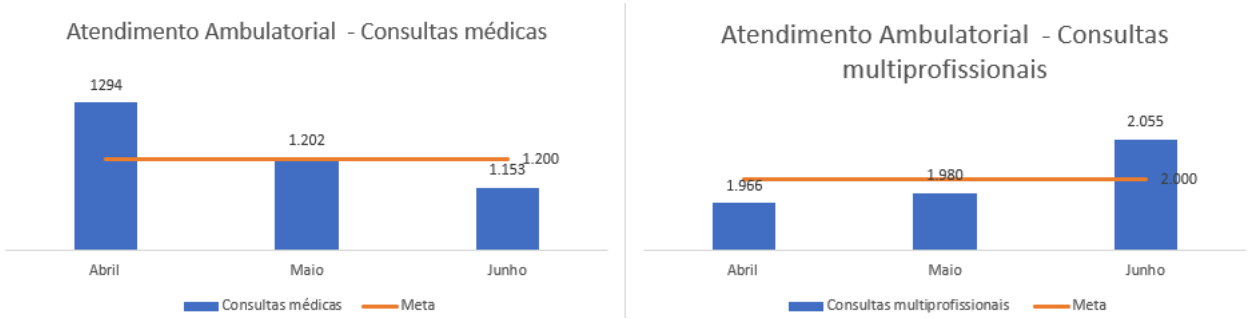


Figura 02. Evolução da produção do atendimento ambulatorial no segundo trimestre.
Fonte: SIGUS/SES-GO

2.5. **Indicadores e Metas de Desempenho**

2.5.1. Os Indicadores de Desempenho estão relacionados à qualidade da assistência oferecida pela unidade aos usuários, e mensuram a eficiência e efetividade dos processos da gestão.

Tabela 03. Indicadores de Desempenho

INDICADORES DE DESEMPENHO	Meta	Abril	Maio	Junho	Média do Período	Porcentagem de Execução	N Dese
1. Taxa de Ocupação Institucional (trimestral)	**≥ 95%**	97,22%	98,26%	97,22%	97,57%	102,70%	
2. Projeto Terapêutico Singular (das internações) (trimestral)	**100%**	100%	100%	100%	100%	100%	
3. Percentual de Usuários Referenciados Pós-alta	**≥ 90%**	100%	100%	100%	100%	111,11%	
4. Percentual de Perda Financeira por Vencimento de Medicamentos	**≤ 1%**	0,00%	0,04%	0,47%	0,17%	183,00%	
5. Taxa de Acurácia do Estoque	**≥ 95%**	95,24%	95,12%	95,00%	95,12%	100,13%	
6. Taxa de Aceitabilidade das Intervenções Farmacêuticas	**≥ 85%**	97,92%	98,11%	100,00%	98,68%	116,09%	

Fonte: SIGUS/SES-GO

2.5.2. No segundo trimestre, a unidade apresentou desempenho satisfatório em todos os indicadores de qualidade pactuados, alcançando ou superando as metas estabelecidas e obtendo nota máxima em todos os critérios avaliados.

2.5.3. A Taxa de Ocupação Institucional registrou média trimestral de 97,57%, superando a meta contratual. O resultado demonstra adequada utilização da capacidade instalada e efetividade na oferta dos leitos disponibilizados pela unidade.

2.5.4. O indicador referente ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) das internações atingiu 100% de execução durante todo o período avaliado, evidenciando que todos os usuários internados tiveram seus planos terapêuticos devidamente elaborados e acompanhados, em conformidade com as diretrizes assistenciais da saúde mental.

2.5.5. Da mesma forma, o Percentual de Usuários Referenciados Pós Alta alcançou 100%, superando a meta mínima de 90%. O resultado demonstra a efetividade dos processos de articulação da rede de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

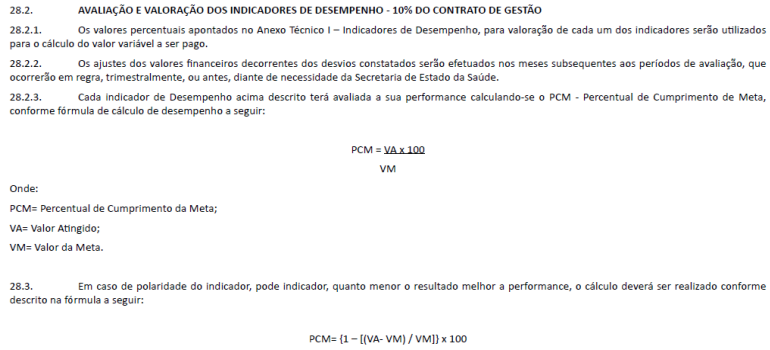
2.5.6. Em relação à gestão de medicamentos, o indicador de Perda Financeira por Vencimento de Medicamentos apresentou média trimestral de apenas 0,17%, evidenciando o adequado controle de estoque e a eficiência dos processos de gerenciamento de insumos farmacêuticos.

2.5.7. A Taxa de Acurácia do Estoque alcançou média de 95,12%, superando a meta mínima de 95% e demonstrando elevado grau de confiabilidade entre os registros de estoque e os quantitativos físicos existentes.

2.5.8. Por sua vez, a Taxa de Aceitabilidade das Intervenções Farmacêuticas apresentou média trimestral de 98,68%, superando a meta contratada. O resultado reforça a qualidade da atuação da equipe farmacêutica e a integração multiprofissional na promoção da segurança do paciente e do uso racional de medicamentos.

2.5.9. De forma geral, os resultados evidenciam a manutenção dos padrões de qualidade assistencial e gerencial da unidade, refletindo processos consolidados, adequada gestão dos recursos disponíveis e compromisso com a segurança e a continuidade do cuidado aos usuários.

2.5.10. Ressalta-se que alguns indicadores apresentaram porcentagem de execução superior a 100%, resultado decorrente da aplicação das fórmulas de cálculo previstas no Contrato de Gestão. Dessa forma, os percentuais apurados refletem estritamente a metodologia contratualmente estabelecida para avaliação do desempenho da unidade.



28.2. **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO - 10% DO CONTRATO DE GESTÃO**

28.2.1. Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago.

28.2.2. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão em regra, trimestralmente, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

28.2.3. Cada indicador de Desempenho acima descrito terá avaliada a sua performance calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$PCM = \frac{VA \times 100}{VM}$$

Onde:

PCM= Percentual de Cumprimento da Meta;

VA= Valor Atingido;

VM= Valor da Meta.

28.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$PCM = \{1 - [(VA - VM) / VM]\} \times 100$$

Tabela 04. Indicadores para acompanhamento

INDICADORES DE DESEMPENHO PARA ACOMPANHAMENTO	Meta	Abril	Maio	Junho	Média do Período
1.Média de Permanência (dias)*	**≤ 28 dias**	47,01	56,72	41,44	48,39
2.Percentual de Ocorrência de Rejeições no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)*	**≤ 7%**	1,16%	4,17%	1,12%	2,15%
3.Taxa de Readmissão (29 dias)*	**sem meta**	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
4.Taxa de Abandono/Evasão (%)*	**sem meta**	29,85%	35,00%	43,83%	36,23%

Fonte: SIGUS/SES-GO

2.5.11. Os indicadores de acompanhamento têm caráter gerencial e visam subsidiar a análise contínua dos processos assistenciais e administrativos da unidade, contribuindo para a identificação de oportunidades de melhoria e para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada. A Média de Permanência apresentou resultado de 48,39 dias no período analisado, acima do parâmetro de referência estabelecido de até 28 dias. Esse indicador mantém-se acima do parâmetro contratual há muitos meses.

2.5.12. Contudo, para efeito contratual, a parceira privada deve excluir do cálculo os pacientes judicializados. No dado acima, eles foram considerados. Assim, conforme justificativas apresentadas pela Unidade, tal desvio decorreu de um crescimento expressivo do número de pacientes submetidos à internação compulsória, alcançando aproximadamente metade dos leitos da unidade, com tendência progressiva de aumento. Trata-se, em sua maioria, de pacientes com maior gravidade clínica e psiquiátrica, importante comprometimento do juízo crítico, baixa adesão ao tratamento, elevada vulnerabilidade social, ausência de suporte familiar e frequentes determinações judiciais condicionando a alta hospitalar à estabilização clínica e à adequada articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

2.5.13. Tal fato causa preocupação das áreas técnicas, uma vez que a judicialização na saúde pode gerar perfil assistencial distinto do definido para o contrato de gestão. Embora fundamentado, este indicador configura-se como um ponto de atenção crítico, que demanda revisão contínua. Observa-se que a gestão clínica já acompanha o índice, tratando-o como uma oportunidade estratégica para o aprimoramento dos processos assistenciais e para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.

2.5.14. A unidade respondeu por meio do Ofício 631/2026 (SEI n° 94839969):

> Em relação à recomendação de que “a parceira privada deve excluir do cálculo do indicador "TMP", os pacientes judicializados”, informa-se que a unidade já solicitou à Secretaria de Estado da Saúde (SES) e à equipe responsável pelo sistema MV a parametrização necessária para possibilitar a segregação das internações por tipo. Ressalta-se que essa necessidade também foi identificada no âmbito do Projeto IHR e reforçada pela mentora do time Einstein, responsável pela orientação do Projeto LEAN na unidade. A mentora tem intermediado, junto à SES, as tratativas para viabilizar a parametrização do sistema MV, de modo a permitir a separação das internações por modalidade — voluntária, involuntária e compulsória. A implementação dessa parametrização possibilitará à unidade realizar a apuração, avaliação e o monitoramento do indicador de forma mais precisa e fidedigna, assegurando que os pacientes judicializados sejam devidamente segregados do cálculo, conforme recomendado. Ressalta-se, contudo, que as tratativas junto à SES e à área responsável pelo sistema ainda não foram finalizadas.

2.5.15. O indicador de Percentual de Ocorrência de Rejeições no SIH-DATASUS, desconsideradas as rejeições decorrentes de habilitação e capacidade instalada, apresentou média trimestral de 2,15%, mantendo-se dentro do limite máximo estabelecido.

2.5.16. A Taxa de Readmissão em até 29 dias após a alta registrou média de 0,00% no trimestre, resultado considerado excelente e indicativo de adequada condução terapêutica e efetividade dos processos de desospitalização e encaminhamento dos usuários para acompanhamento na rede de atenção psicossocial.

2.5.17. Em relação à Taxa de Abandono/Evasão, observou-se média trimestral de 36,23%. Embora o indicador não possua meta contratualmente estabelecida, seu monitoramento é fundamental para a avaliação da adesão dos usuários ao tratamento. Considerando as especificidades do público atendido, especialmente usuários com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, a ocorrência de evasões representa um desafio inerente à assistência, demandando ações contínuas de acolhimento, fortalecimento do vínculo terapêutico e articulação com a rede de suporte social e familiar.

2.5.18. De maneira geral, os resultados dos indicadores de acompanhamento fornecem subsídios importantes para a gestão da unidade, permitindo o monitoramento permanente dos processos assistenciais e a implementação de estratégias voltadas à qualificação do cuidado e à melhoria dos resultados em saúde.

2.5.19. Considerando que a unidade alcançou integralmente as metas assistenciais de produção e os indicadores de desempenho pactuados no trimestre avaliado, conclui-se que não há fundamento para aplicação de ajuste financeiro a menor no período.

3. IMPACTO DO BENEFÍCIO SOCIAL OBTIDO DURANTE O PERÍODO AVALIADO

3.1. O Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental (CRESM) constitui importante equipamento estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Goiás, atuando como referência na assistência especializada em saúde mental, dependência química, psiquiatria clínica e neuropediatria. A unidade exerce papel essencial na garantia do acesso da população aos serviços especializados do Sistema Único de Saúde (SUS), ofertando atendimento humanizado, multiprofissional e integrado aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

3.2. Durante o segundo trimestre de 2026, o CRESM manteve seu compromisso com a promoção da saúde, a recuperação biopsicossocial dos usuários e o fortalecimento da rede de cuidados, desenvolvendo ações que produzem benefícios relevantes para pacientes, familiares, profissionais de saúde e para a sociedade. A atuação integrada entre as equipes assistenciais, administrativas e de apoio contribuiu para a manutenção da qualidade dos serviços prestados, consolidando a unidade como referência estadual na atenção especializada em saúde mental.

3.3. A unidade permaneceu investindo em estratégias voltadas à humanização da assistência, ao fortalecimento do vínculo terapêutico e à valorização dos aspectos psicossociais envolvidos no processo de recuperação dos usuários. Destaca-se, nesse contexto, a articulação permanente com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e com os serviços da rede intersetorial, favorecendo a continuidade do cuidado, a reinserção social e familiar dos pacientes e a construção de projetos terapêuticos individualizados.

3.4. O CRESM também manteve seu relevante papel como campo de formação e desenvolvimento profissional, promovendo atividades de ensino, pesquisa e residência médica, além de ações de educação permanente destinadas às equipes multiprofissionais. Essas iniciativas contribuem diretamente para a qualificação dos profissionais de saúde e para o fortalecimento da política estadual de atenção à saúde mental.

3.5. No âmbito da gestão, a unidade deu continuidade às ações voltadas à qualificação dos processos administrativos, manutenção da infraestrutura, segurança institucional, gestão ambiental, gestão de pessoas e gestão de materiais, assegurando condições adequadas para o funcionamento da unidade e para a prestação de serviços com qualidade, segurança e eficiência.

3.6. Destaca-se, ainda, a manutenção da certificação de Acreditação Plena – Nível 2 da Organização Nacional de Acreditação (ONA), bem como do Selo de Transparência, reconhecimentos que evidenciam o compromisso institucional com a qualidade assistencial, a segurança do paciente, a governança, a melhoria contínua dos processos e a correta aplicação dos recursos públicos.

3.7. Dessa forma, evidencia-se que o CRESM exerce relevante função social ao assegurar assistência especializada à população, fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, promover a formação de profissionais e contribuir para a efetivação da política pública de saúde mental no Estado de Goiás. Os resultados obtidos no período demonstram que a unidade continua desempenhando papel estratégico para a ampliação do acesso, a qualificação da assistência e a promoção da cidadania dos usuários do Sistema Único de Saúde.

4. VALORES EFETIVAMENTE TRANSFERIDOS PELO PARCEIRO PÚBLICO.

4.1. Para a análise dos valores que foram efetivamente repassados pelo parceiro público à Organização Social, lançou-se mão do Relatório de Execução Orçamentária Acumulado disponível no Portal da Transparência: (https://cresm/execucao-orcamentaria-mensal-e-acumulada-do-ano/). Vejamos:

Organização Social Contratada : ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESPERANÇA E VIDA - ABEVIDA

Contrato de Gestão nº 002/2014 - SES /GO ; * Apostilamento

Vigência do Contrato de Gestão - Início 26/07/24 Término 26/07/26 / 9º Termo Aditivo (SEI 62045967) / 10º Termo Aditivo (7772116) - 11º Termo

Previsão de Repasse Mensal do Contrato de Gestão/ADITIVO - 9º TA Custeio : R$ 3.001.551,80; Residência Médica março/2024 a fevereiro/2025 (R$ 7.704,42)e de março 2025 a fevereiro/2026 (R$ 14.300,70); 11º TA Custeio: R$ 3.403.414,71 + Residência Médica 01/10/2025 a 28/02/2026 (R$

Previsão de Repasse Mensal do Contrato de Gestão/ADITIVO - Investimentos : R$ Processo nº:

Mês	Comparativo do Estimado com a Execução Orçamentária e Financeira						
	1. Valor Mensal Estimado no Contrato de Gestão - Custeio	2. Investimento no mês	4. Glosas Aplicadas	5. Montante pago no mês (informar o mês a que se refere, quando ocorrer repasses para mais de uma competência, inserir linha para cada mês)			10. Total de Pagamentos no mês 10 = 5 -(6+7) + 8 + 9
		Investimentos	Custeio	Referência/Parcela	Custeio	Investimentos	
abr/26	3.426.301,23		4.536,67	fev/26	6.787,75		**6.787,75**
abr/26				abr/26	3.398.878,04		**3.398.878,04**
abr/26				mai/26	44.679,52		**44.679,52**
mai/26	3.426.301,23		4.536,67	mar/26	11.821,58		**11.821,58**
mai/26				mai/26	3.354.198,52		**3.354.198,52**
mai/26				jun/26	44.679,52		**44.679,52**
jun/26	3.426.301,23		4.536,67	abr/26	4.908,06		**4.908,06**
jun/26				jun/26	3.354.198,52		**3.354.198,52**
Total	**20.543.477,94**		**27.220,02**		**20.271.073,56**		**20.271.073,56**

Figura 03. Acumulado da execução orçamentária de abril a junho de 2026. Fonte: Relatório de Execução ABRIL a JUNHO 26 (SEI nº93864859)

4.2. No valor de repasse mensal estimado, para esta unidade, considera-se o valor pactuado no valor pactuado no Contrato de Gestão bem como aqueles repassados via apostilamento (especialmente, diferença proporcional do piso nacional de enfermagem). As glosas guardam relação com o sistema de custos utilizado pela parceira, disponibilizado pela SES-GO.

4.3. No período, a diferença a ser repassada para a unidade. reflete os ajustes mensais que são realizados após a averiguação de eventuais glosas ou outros tipos de ajustes. No Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental de Aparecida de Goiânia (CRESM), há programa de residência, mas não servidores estatutários cedidos.

5. ANÁLISE CONTÁBIL FINANCEIRA

5.1. A Coordenação de Acompanhamento Contábil (CAC) tem como escopo a análise diária e mensal das informações contidas nos documentos enviados pelas parceiras privadas, por meio do sistema de prestação de contas e do chamado "Kit Contábil", composto por: Balancetes Analíticos, Livro Diário, Livro Razão, Folha de Pagamento (sintética e analítica), Extratos Bancários e E-Social. Tais informações são confrontadas com as cláusulas previstas nos termos de colaboração/contrato de gestão, com as normativas internas da Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO) e com a legislação contábil e financeira vigente, visando à verificação da regularidade da execução financeira e da efetividade da gestão das unidades de saúde sob responsabilidade das parcerias privadas.

5.2. Outro aspecto relevante de nossa atuação está na análise do Fluxo de Caixa Mensal, que permite mensurar a movimentação financeira dos recursos sob responsabilidade dos Parceiros Privados. Esse acompanhamento considera o saldo anterior, os novos aportes, as receitas oriundas de aplicações financeiras e os pagamentos realizados.

5.3. **Demonstrativo de Fluxo de Caixa (DFC), extraído do SIPEF:**

5.3.1. Demonstrativo de Fluxo de Caixa (DFC) representa as movimentações financeiras efetivadas pelo Parceiro Privado no período analisado, as quais refletem na integralidade os extratos bancários, compreendendo as origens e aplicações dos recursos. No trimestre em questão foi composto pelas seguintes rubricas: 1) Saldo inicial (valor em caixa e equivalentes de caixa no início de cada mês); 2) Entradas (receitas recebidas no período, subdivididas em subvenções e outras entradas); 3) Saldo inicial + Entradas (total disponível no mês); 4) Pagamentos efetuados – saídas no período (conforme detalhado abaixo na Tabela); 5) Saldo final (valor remanescente ao fim de cada mês); 6) Saldo disponível (correspondente ao caixa e equivalentes de caixa); e 7) Diferença (diferença entre o saldo contábil e os extratos bancários). A fonte das informações são os extratos bancários, o sistema SIPEF e os balancetes contábeis.

ABEVIDA / CRESM						
DEMONSTRAÇÃO DO FLUXO DE CAIXA – 2° TRIMESTRE/2026						
	ABRIL		MAIO		JUNHO	
1- Saldo inicial	**R$**	**3.113.206,05**	**R$**	**3.543.592,36**	**R$**	**3.801.012,13**
Caixa e equivalentes de caixa	R$	3.113.206,05	R$	3.543.592,36	R$	3.801.012,13
2 - Entradas	**R$**	**3.498.011,78**	**R$**	**3.465.691,63**	**R$**	**3.414.851,60**
Subvenções	R$	3.450.345,31	R$	3.410.699,62	R$	3.359.106,58
Outras entradas	R$	47.666,47	R$	54.992,01	R$	55.745,02
3 - Saldo inicial + Entradas	**R$**	**6.611.217,83**	**R$**	**7.009.283,99**	**R$**	**7.215.863,73**
4 - Pagamentos efetuados	**R$**	**3.067.625,47**	**R$**	**3.208.271,86**	**R$**	**3.131.022,56**
Pessoal	R$	1.212.299,55	R$	1.223.118,92	R$	1.105.247,30
Encargos sobre fopag	R$	743.617,17	R$	769.937,78	R$	801.860,05
Encargos sobres rescisão trabalhista	R$	2.060,85	R$	17.460,14	R$	21.191,93
Fornecedores de materiais	R$	73.823,89	R$	56.724,53	R$	61.992,90
Serviços médicos	R$	100.934,54	R$	141.638,23	R$	166.678,33
Serviços diversos	R$	755.809,58	R$	772.472,43	R$	744.085,08
Investimentos	R$	-	R$	-	R$	-
Demais despesas	R$	179.079,89	R$	226.919,83	R$	229.966,97
5 - Saldo final	**R$**	**3.543.592,36**	**R$**	**3.801.012,13**	**R$**	**4.084.841,17**
6 - Saldo disponível	**R$**	**3.543.592,36**	**R$**	**3.801.012,13**	**R$**	**4.084.841,17**
Caixa e equivalentes de caixa	R$	3.543.592,36	R$	3.801.012,13	R$	4.084.841,17
7 - Diferença (Saldo final x Extrato)	R$	-	R$	-	R$	-

FONTE: EXTRATOS BANCÁRIOS, SIPEF E BALANCETES.

5.3.2. No trimestre apresentado acima, não foram observadas inconsistências significativas que resultassem em alteração no resultado final.

5.4. **Análise das demonstrações contábeis**

5.4.1. Os relatórios contábeis são instrumentos fundamentais para a transparência, o controle e a correta aplicação dos recursos públicos transferidos aos parceiros privados no âmbito dono âmbito do Contrato de Gestão firmado com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). Por meio desses documentos, foi possível aferir a fidedignidade das informações prestadas, a conformidade com as normas legais e contratuais, bem como a efetividade da gestão das unidades de saúde. Verificaram-se, pois, aspectos fundamentais para o equilíbrio financeiro e a regularidade contábil, tais como saldos bancários, fornecedores a pagar, contas de adiantamento, impostos a recuperar e a relação entre ativos e passivos.

5.4.2. No que tange às normas contábeis aplicáveis, observa-se que a entidade tem atendido aos preceitos estabelecidos pelas Normas Brasileiras de Contabilidade (NBCs), notadamente aquelas específicas para entidades sem fins lucrativos, bem como às diretrizes previstas no Manual de Contabilidade para o Terceiro Setor, emitido pelo Conselho Regional de Contabilidade de Goiás (CRC/GO), os quais regulamentam os procedimentos contábeis pertinentes aos Parceiros Privados, com contratos de gestão e/ou termos de colaboração, celebrados com o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO). Dentre os aspectos de regularidade observados, destacam-se a apresentação tempestiva dos demonstrativos contábeis, por meio do Kit Contábil, o devido registro contábil das subvenções governamentais recebidas, assim como das aquisições de bens patrimoniais.

5.4.3. Neste sentido, tendo por base a data de 30/06/2026 esta unidade de saúde apresentou um saldo deficitário, isto é, o confronto entre o saldo atual disponível para custeio e o saldo atual das obrigações correntes, no montante de R$ 506.824,66 (quinhentos e seis mil oitocentos e vinte e quatro reais e sessenta e seis centavos). Atinente ao fundo rescisório, o saldo na data em tela, estava em R$ 1.384.841,17 (um milhão, trezentos e oitenta e quatro mil oitocentos e quarenta e um reais e dezessete centavos) demonstrando uma estabilidade, contudo, no caso de uma ruptura do contrato de gestão, este valor liquidaria, tão somente, 15,66% das rescisões desta unidade de saúde. Ressalta-se que esta demanda está sendo tratada em apartado no âmbito do processo SEI nº 202600010016284.

5.5. **Da Análise da Folha de Pagamento**

5.5.1. A folha de pagamento representa uma das principais despesas operacionais das parceiras privadas e, por isso, constitui um dos focos centrais da análise realizada pela Coordenação de Acompanhamento Contábil (CAC). O acompanhamento sistemático das informações relativas à remuneração de pessoal visa garantir a conformidade legal, contratual e orçamentária na aplicação dos recursos públicos repassados por meio dos contratos de gestão ou termos de colaboração.

5.5.2. Mensalmente, as parcerias privadas devem encaminhar os relatórios sintéticos e analíticos da folha de pagamento, conforme previsto na Portaria nº 1038/2017 – GAB/SES-GO e em ofícios circulares emitidos pela Secretaria de Estado da Saúde. Esses documentos são examinados com base em critérios técnicos e legais, abrangendo a regularidade dos pagamentos, o cumprimento do piso da enfermagem (especificamente regulamentado pela Emenda Constitucional nº 124/2022 e Lei nº 14.434/2022), o respeito ao teto remuneratório dos dirigentes, a observância da cota legal para contratação de pessoas com deficiência (PCD) (artigo 93 da Lei nº 8.213/1991) e a formalização adequada de contratos com terceiros.

5.5.3. Assim, sob os aspectos abrangidos por esta análise técnica, verificou-se que, no período analisado, a Parceira Privada apresentou regularmente a prestação de contas referente à folha de pagamento, observando o limite do teto constitucional do funcionalismo público. Verificou-se, ainda, que a unidade atingiu o percentual mínimo de contratação de pessoas com deficiência (PCD).

6. ANÁLISE DE TRANSPARÊNCIA DA INFORMAÇÃO

6.1. A cláusula décima sexta do Contrato de Gestão nº 002/2014 - SES-GO traz as informações mínimas a respeito da transparência das ações do parceiro privado, indo ao encontro dos princípios da Administração Pública, primando pela legalidade, impessoalidade, moralidade, eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações deste parceiro. Vale ressaltar que cabe ao parceiro manter tais informações em sítio oficial, na rede mundial de computadores, vinculado ao Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o Contrato de Gestão.

6.2. Ao realizar o monitoramento do Portal da Transparência dessa unidade de saúde, referente aos meses de abril a junho de 2026, foram verificadas inconformidades a serem sanadas seguindo o Contrato de Gestão e a Metodologia Unificada de Avaliação da Transparência das Entidades de Direito Privado sem fins lucrativos- SES/GO-2025 (acesse aqui).

6.3. Abaixo estão listadas as inconformidades identificadas nas publicações realizadas pela Organização Social de Saúde, no Portal da Transparência, conforme o período monitorado:

Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental Prof. Jamil Issy - CRESM			
Grupo Monitorado	Inconformidade Observada/mês		
	abril/2026	maio/2026	junho/2026
Patrimônio	não se aplica	não se aplica	Bens Imóveis: Realizar a atualização trimestral
Compras / Contratos	não se aplica	não se aplica	Contratos assinados com terceiros e relatório consolidado dos contratos com terceiros: Solicita-se a padronização da planilha do Consolidado de Contratos com Terceiros, contendo, as seguintes informações: • Número do contrato • Nome do contratado; • CNPJ/CPF • Objeto • Valor mensal e valor anual • Data de assinatura. A planilha deverá contemplar apenas os contratos vigentes. Caso a Organização Social opte por manter os contratos não vigentes, estes deverão ser apresentados em aba separada. A padronização das informações tem por objetivo facilitar as análises de monitoramento e de prestação de contas, conferindo maior clareza e uniformidade aos dados apresentados. Dessa forma, solicita-se que os contratos atualmente informados com valor **"por demanda"** passem a apresentar, sempre que aplicável, os respectivos valores mensal e anual.
Prestação de Contas Anual da Parceria	Parecer conclusivo do conselho fiscal acerca das contas e das demonstrações contábeis e financeiras e Documentos de aprovação do conselho de administração acerca das contas e das demonstrações contábeis e financeiras: Dado não publicado. Deve ser apresentado e divulgado até o dia 31 de março do exercício subsequente.	não se aplica	não se aplica

Fonte: ASTI, 2026.

6.4. Diante das inconformidades, foram encaminhados os seguintes documentos: Ofício nº 38262/2026/SES com referência ao monitoramento do mês de abril de 2026, Ofício nº 47220/2026/SES com referência ao monitoramento do mês de maio de 2026 e Ofício nº 52024/2026/SES com referência ao monitoramento do mês de junho de 2026. Em síntese, apresentam como recomendações:

a) Tempestividade na publicação: a entidade deve garantir que as publicações no Portal da Transparência sejam realizadas dentro dos prazos estabelecidos, evitando atrasos e omissões.

b) Controle e monitoramento interno: instituir rotina de conferência mensal das informações publicadas no Portal da Transparência, com verificação prévia da documentação exigida, a fim de prevenir recorrências e garantir a conformidade contínua com a legislação aplicável e a Metodologia SES-GO/2025.

c) Adequação da seção de Compras e Contratos: atender às recomendações do monitoramento para padronização da planilha de acordo com a Metodologia vigente, facilitando as análises de monitoramento e de prestação de contas.

6.5. Em relação aos apontamentos realizados pela Assessoria de Transparência e Integridade – ASTI, a Organização Social apresentou manifestação por meio do Ofício nº 631/2026 – CRESM, especificamente quanto à recomendação constante do item 11.8, informando que já possui fluxo interno estabelecido para verificação e atualização periódica das informações disponibilizadas no Portal da Transparência, mediante utilização do Checklist de Publicação no Portal da Transparência.

6.6. A manifestação apresentada foi considerada na presente análise. Quanto às demais inconformidades registradas no período monitorado, não foram apresentados esclarecimentos específicos no referido Ofício. Nesse contexto, reconhece-se a existência de mecanismo interno destinado à verificação e atualização das informações disponibilizadas no Portal da Transparência. Recomenda-se, contudo, a continuidade do aprimoramento desse fluxo, especialmente quanto ao acompanhamento dos prazos de publicação e à conferência das informações disponibilizadas.

7. VISITAS TÉCNICAS DE MONITORAMENTO

7.1. A equipe técnica desta Gerência não realizou vistoria in loco na unidade durante o período avaliado.

8. ANÁLISE DE EVENTUAIS AUDITORIAS REALIZADAS PELOS CONTROLES INTERNO E EXTERNO, NO ÂMBITO DA FISCALIZAÇÃO PREVENTIVA

8.1. Para o período em questão, não se teve conhecimento de auditorias internas ou externas realizadas no âmbito do Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental de Aparecida de Goiânia (CRESM).

9. AÇÕES CORRETIVAS E RECOMENDAÇÕES PARA MELHORIA CONTÍNUA

9.1. Considerando os resultados apurados no segundo trimestre de 2026, verifica-se que a unidade atingiu integralmente as metas assistenciais de produção e os indicadores de desempenho pactuados, demonstrando adequada capacidade operacional, qualidade da assistência prestada e eficiência dos processos de gestão. Dessa forma, recomenda-se a continuidade das ações voltadas à qualificação dos processos assistenciais, ao fortalecimento da segurança do paciente e à manutenção dos elevados padrões de desempenho alcançados.

9.2. Merece especial atenção o indicador de Média de Permanência, que, em análise global, tem sido impactado pelo número progressivo de internações decorrentes da judicialização na saúde. Embora a unidade tenha apresentado justificativas consistentes, relacionadas ao aumento progressivo das internações compulsórias, ao maior grau de complexidade clínica e psicossocial dos pacientes e às dificuldades para articulação da alta junto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), recomenda-se a manutenção do monitoramento sistemático desse indicador, bem como o fortalecimento das estratégias de gestão clínica, da elaboração e acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e da articulação intersetorial com os serviços da RAPS, visando oportunizar a desospitalização em tempo oportuno, sempre que clinicamente possível.

9.3. Em relação à Taxa de Abandono/Evasão, embora o indicador não possua meta contratualmente estabelecida, recomenda-se a continuidade das estratégias voltadas ao fortalecimento do vínculo terapêutico, do acolhimento humanizado, da participação familiar e da articulação com a rede de apoio social, considerando as particularidades clínicas e comportamentais da população atendida e o impacto desse indicador na efetividade do tratamento.

9.4. Recomenda-se, igualmente, a manutenção das boas práticas observadas na gestão de medicamentos, no controle de estoques, na segurança do paciente, na qualidade da assistência farmacêutica e na execução dos Projetos Terapêuticos Singulares, de forma a preservar os resultados satisfatórios obtidos durante o período avaliado.

9.5. As recomendações apresentadas deverão ser acompanhadas pela gestão da unidade e pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás nos próximos ciclos de monitoramento, com vistas à verificação da efetiva implementação das ações propostas e da evolução dos indicadores assistenciais e gerenciais.

9.6. De maneira geral, sugerem-se as ainda a manutenção de rotina periódica de conferência e atualização das informações disponibilizadas no Portal da Transparência, observando os prazos e requisitos estabelecidos na legislação aplicável e na metodologia de monitoramento.

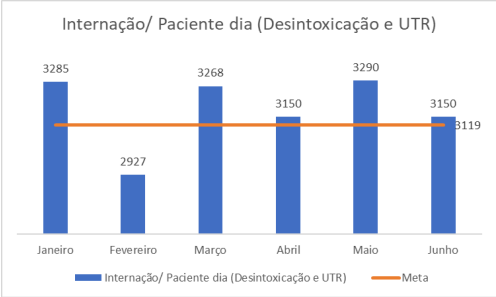
9.7. Atendimento das recomendações expedidas durante o monitoramento, promovendo a padronização das informações divulgadas, especialmente quanto ao Consolidado de Contratos com Terceiros, de forma a facilitar as análises de monitoramento e de prestação de contas.

10. SÍNTESE SEMESTRAL

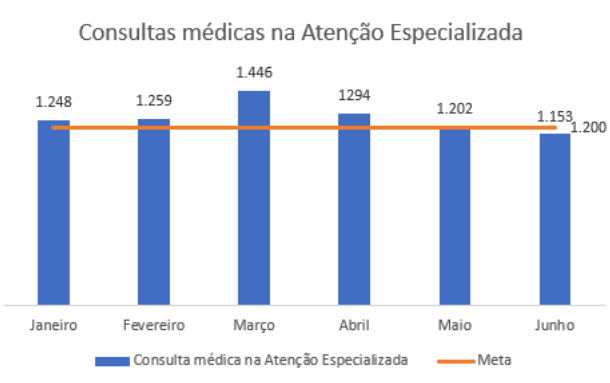
10.1. A presente síntese semestral consolida os principais resultados apurados durante o primeiro e o segundo trimestres de 2026, permitindo uma análise integrada do desempenho assistencial, operacional e gerencial do Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental (CRESM). A avaliação considera os resultados alcançados em relação às metas e indicadores pactuados no Contrato de Gestão, bem como as informações constantes nos relatórios gerenciais da unidade, nos pareceres técnicos das áreas responsáveis pelo monitoramento e fiscalização e nas visitas técnicas realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

10.2. De forma geral, observa-se que a unidade apresentou desempenho satisfatório ao longo do semestre, mantendo a regularidade na prestação dos serviços, o cumprimento das metas contratuais, a qualidade da assistência e o fortalecimento dos processos de gestão. Os resultados também evidenciam o compromisso institucional com a melhoria contínua, a segurança do paciente, a humanização da assistência e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sem prejuízo dos desafios inerentes ao perfil assistencial da unidade, especialmente em relação ao aumento da demanda por internações compulsórias. Os principais resultados do período são apresentados a seguir.

10.3. **Internação.** Ao longo do primeiro semestre de 2026, a produção de diárias de internação manteve desempenho superior às metas pactuadas. No primeiro trimestre, a unidade alcançou eficácia de 101,31%, evoluindo para 102,49% no segundo trimestre, demonstrando estabilidade da capacidade operacional e adequada gestão dos leitos destinados à Unidade de Desintoxicação e às Unidades Terapêuticas Residenciais. Os resultados evidenciam a manutenção da oferta assistencial, mesmo diante do aumento da complexidade do perfil dos pacientes atendidos.



10.4. **Atendimento Ambulatorial.** O atendimento ambulatorial apresentou desempenho satisfatório durante todo o semestre, cumprindo integralmente as metas contratuais. No primeiro trimestre, a unidade registrou eficácia global de 120,06%. No segundo trimestre, embora tenha ocorrido redução da produção em relação ao trimestre anterior, os resultados permaneceram acima das metas pactuadas, alcançando eficácia global de 100,52%, demonstrando manutenção da capacidade assistencial e da oferta regular dos serviços especializados em saúde mental.





10.5. **Indicadores de Desempenho.** Durante o primeiro semestre de 2026, os indicadores de desempenho mantiveram comportamento estável e satisfatório, com alcance integral das metas pactuadas em ambos os trimestres e obtenção da pontuação máxima em todos os critérios avaliados. A Taxa de Ocupação Institucional permaneceu acima da meta contratual, registrando médias de 97,50% no primeiro trimestre e 97,57% no segundo trimestre.

10.6. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) das internações e o Percentual de Usuários Referenciados Pós Alta mantiveram execução de 100% durante todo o semestre, demonstrando a efetividade dos processos assistenciais e da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

10.7. Os indicadores relacionados à assistência farmacêutica também apresentaram resultados consistentes, com perdas financeiras por vencimento de medicamentos significativamente inferiores ao limite contratual, adequada acurácia dos estoques e elevada aceitabilidade das intervenções farmacêuticas, refletindo eficiência na gestão de insumos, confiabilidade dos controles internos e integração da equipe multiprofissional.

10.8. De forma geral, os resultados evidenciam a manutenção dos padrões de qualidade assistencial e gerencial da unidade ao longo do semestre, demonstrando processos consolidados, adequada gestão dos recursos disponíveis e compromisso permanente com a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a melhoria contínua da assistência prestada.

10.9. Durante o segundo trimestre de 2026, foram identificadas inconformidades ponturais relacionadas à transparência e à publicação de informações obrigatórias no Portal da Transparência do Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental Prof. Jamil Issy - CRESM. Assim, considerando o acompanhamento realizado no período, bem como as informações apresentadas pela ABEVIDA, registra-se que os apontamentos efetuados ao longo do trimestre foram analisados e objeto de providências pela Organização Social de Saúde.

10.10. O monitoramento evidenciou a relevância do aperfeiçoamento contínuo dos procedimentos internos relacionados à gestão e à disponibilização das informações no Portal da Transparência, de modo a contribuir para a regularidade das publicações e para o fortalecimento das práticas de transparência e controle social no âmbito da parceria.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

11.1. Conforme explanado anteriormente, cada coordenação da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão - GMAE-CG procedeu à análise dos dados pertinentes à sua esfera de monitoramento e fiscalização. Os respectivos pareceres técnicos, referentes ao período coberto pelo relatório, foram consolidados em um único documento. O objetivo desse documento é, também, identificar oportunidades de aprimoramento no desempenho da Organização Social em relação ao gerenciamento da Unidade avaliada.

11.2. De acordo com as análises da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - COMFIC, a ABEVIDA — gestora do CRESM — apresentou bom desempenho no cumprimento das metas do 11º Termo Aditivo, não havendo indicação de descontos financeiros para produção ou indicadores de desempenho.

11.3. Contudo, observou-se que a Média de Permanência permaneceu acima do parâmetro de referência nos três meses avaliados, quando se considera a volumetria dos pacientes internados em decorrência de decisão judicial. Por se tratar de indicador de acompanhamento, o resultado não repercute na valoração dos indicadores de desempenho, devendo permanecer sob monitoramento da gestão clínica da unidade. Ressalta-se a necessidade de confirmação da metodologia de cálculo, especialmente quanto à exclusão dos pacientes judicializados, conforme previsto no Anexo Técnico.

11.4. No tocante à análise contábil e financeira referente ao período analisado, constatou-se que o parceiro privado cumpriu os prazos estabelecidos pela Portaria nº 1.038/2017-GAB/SES-GO, sobretudo quanto à Metodologia D+1 e D+5 para a inserção tempestiva das despesas no Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro (SIPEF).

11.5. Adicionalmente, a unidade manteve conformidade quanto às obrigações trabalhistas vigentes, inclusive no tocante ao cumprimento do Piso Nacional da Enfermagem instituído pela Lei nº 14.434/2022, além de atender às exigências relacionadas aos limites remuneratórios e à reserva de vagas para PCD, reforçando o compromisso da OSS com as normativas legais e contratuais aplicáveis.

11.6. Por fim, esta unidade de saúde apresenta um regular desempenho geral na prestação de contas, demonstrando compromisso com a conformidade e a regularização das pendências. Contudo, a efetividade da cobertura do fundo rescisório com o total do caixa da unidade, bem como regularização das movimentações financeiras observadas, merecem acompanhamento contínuo para assegurar a transparência e a segurança das operações financeiras.

11.7. No que se refere à transparência, foram identificadas inconformidades durante o período monitorado pela Assessoria de Transparência e Integridade – ASTI, as quais foram objeto de orientações específicas encaminhadas à Organização Social.

11.8. A manifestação apresentada por meio do Ofício nº 631/2026 – CRESM foi analisada e considerada, destacando-se a informação de que a unidade já dispõe de fluxo interno para verificação e atualização das informações no Portal da Transparência. Quanto aos demais apontamentos constantes do quadro de monitoramento, não foram apresentados esclarecimentos específicos no referido documento, razão pela qual permanecem registrados para fins de acompanhamento.

11.9. Considerando as informações apresentadas pela Organização Social acerca da existência de fluxo interno de verificação e atualização das informações disponibilizadas no Portal da Transparência, recomenda-se a continuidade do aperfeiçoamento e da aplicação desse mecanismo, com especial atenção ao cumprimento dos prazos de publicação e à conferência periódica das informações.

11.10. A medida visa fortalecer os controles internos já existentes, contribuir para a prevenção de novas ocorrências e assegurar maior regularidade e tempestividade na disponibilização das informações no Portal da Transparência.

12. ENCAMINHAMENTO

12.1. Em conformidade o fluxo estabelecido por essa Secretaria, e com o disposto no 11º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 02/2014 (SEI nº 80739176) remete-se o documento para conhecimento e acompanhamento pelo Gestor da parceria.

12.2. Deve-se enviar o Relatório Técnico Conclusivo de Monitoramento (RTCM), do segundo trimestre de 2026 para a Parceira Privada para cientificá-la da análise final.

12.3. Desde já, a parceira deve ser cientificada quanto a necessidade de providenciar IMEDIATAMENTE a publicação do material supracitado (RTCM), no Portal IOS Transparência no site da SES-GO, no Grupo "Avaliação, Controle e Monitoramento da Parceria", no subitem "Relatório da Comissão de Avaliação ou equivalente da unidade supervisora".

12.4. Diante do exposto, por ora, encaminhem-se os autos para a Coordenação de Gestão de Contratos - CGC para ciência e acompanhamento pelo gestor da parceria e para a Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios - SUPECC para envio à parceira privada.a Privada.

Goiânia, 02 de outubro de 2026.

Documento assinado eletronicamente por **RAFAELA TRONCHA CAMARGO**, **Gerente**, em 02/10/2026, às 18:27, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **JEAN CLEITON JOSE DE MIRANDA**, **Contador(a)**, em 05/10/2026, às 09:52, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ERICA SILVA DE ARAUJO PIGNATTA**, **Analista**, em 05/10/2026, às 10:04, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **TEREZA CRISTINA DUARTE**, **Coordenador(a)**, em 05/10/2026, às 10:15, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SILVIA MARQUES NAVES DA MOTA SOUZA**, **Auditor (a)**, em 05/10/2026, às 13:40, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **LUIZ AUGUSTO BARBOSA**, **Coordenador(a)**, em 05/10/2026, às 13:45, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **WELLINGTON COELHO MOREIRA**, **Coordenador(a)**, em 05/10/2026, às 13:45, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **CLEONICE FELIX BARBOSA**, **Subcoordenador(a)**, em 05/10/2026, às 14:17, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **94826163** e o código CRC **0C83E809**.

GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO
RUA SC 1 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIÂNIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-7726.