

PB SAÚDE

FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO
EM SAÚDE

Assistente Administrativo

EDITAL Nº 02/2024, DE 11 DE SETEMBRO DE 2024

CÓD: SL-081ST-24
7908433262909

Língua Portuguesa

1. Fonologia: conceito; encontros vocálicos; dígrafos; divisão silábica	7
2. Ortoépia; prosódia.....	8
3. Acentuação	9
4. Ortografia	10
5. Morfologia: estrutura e formação das palavras.....	11
6. Classes de palavras	13
7. Sintaxe: termos da oração; período composto; conceito e classificação das orações.....	21
8. Concordância verbal e nominal	24
9. Regência verbal e nominal.....	25
10. Crase	28
11. Pontuação.....	28
12. Semântica: a significação das palavras no texto	30
13. Interpretação de texto.....	31

Legislação do SUS

1. Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios, diretrizes e arcabouço legal	41
2. Constituição Federal 1988, Título VIII - artigos de 194 a 200.....	44
3. Lei Orgânica da Saúde - Lei n.º 8.080/1990	47
4. Lei nº 8.142/1990	57
5. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011.....	58
6. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	62
7. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023 Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde	84
8. Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017, que dispõe sobre a carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde	89

Legislação da PB Saúde

1. Lei Complementar nº 157, de 17 de fevereiro de 2020 – Instituição da PB Saúde.....	97
2. Estatuto da PB Saúde - Decreto Nº 40.096 de 28 de fevereiro de 2020	102
3. Código de ética e conduta dos servidores e empregados públicos civis do poder executivo do estado Paraíba - Decreto Nº 44.504 de 05 de dezembro de 2023	112
4. Regimento Interno da PB Saúde - Aprovado na 1ª Reunião Ordinária do Conselho de Administração, realizada no dia 13 de novembro de 2020.....	116

Conhecimentos Específicos

Assistente Administrativo

1. Cotação	131
2. Cadastro de fornecedores.....	131
3. Patrimônios.....	133
4. Lei de Licitações e Contratos; modalidades, dispensa e inexigibilidade; Pregão; Contratos e compras; Convênios e termos similares; Principais leis: Lei Federal nº 14.133/21.....	136
5. Métodos e técnicas de pesquisa.....	205
6. Orçamentos	207
7. Atendimento ao Público nas Organizações.....	207
8. Processos administrativos: conceito, princípios, fases (planejamento, organização, direção e controle) e modalidade	210
9. Direito Constitucional: Constituição: conceito, conteúdo e classificações	219
10. Poder constituinte originário e derivado	224
11. Aplicabilidade e eficácia das normas constitucionais	224
12. Interpretação das normas constitucionais.....	226
13. Redação Oficial: Características e normas da Correspondência Oficial (formas de cortesia, formas e expressões de tratamento, vocativos, emprego dos pronomes de tratamento e endereçamento); O Padrão Ofício; Características e definições dos Atos Oficiais (alvará, ata, certidão, circular, comunicado, decreto, edital, memorando, ofício, portaria e requerimento)	229
14. Relacionamento interpessoal	239
15. Comunicação (conceitos, princípios, sistemas).....	240
16. Organização do ambiente de trabalho.....	244
17. Lei Federal 8.429/92	246
18. Lei Complementar 101/2000.....	255
19. Lei n.º 13.303/2016	270
20. Lei n.º 8.987/1995	289
21. Lei n.º 11.079/2004	295
22. Lei n.º 12.527/2011	302
23. Proteção de Dados: Lei n.º 13.709/2018	308
24. Lei n.º 4.320/1964	321

LÍNGUA PORTUGUESA

FONOLOGIA: CONCEITO; ENCONTROS VOCÁLICOS; DÍGRAFOS; DIVISÃO SILÁBICA

Muitas pessoas acham que fonética e fonologia são sinônimos. Mas, embora as duas pertençam a uma mesma área de estudo, elas são diferentes.

Fonética

Segundo o dicionário Houaiss, fonética “é o estudo dos sons da fala de uma língua”.

O que isso significa? A fonética é um ramo da Linguística que se dedica a analisar os sons de modo físico-articulador. Ou seja, ela se preocupa com o movimento dos lábios, a vibração das cordas vocais, a articulação e outros movimentos físicos, mas não tem interesse em saber do conteúdo daquilo que é falado.

A fonética utiliza o Alfabeto Fonético Internacional para representar cada som.

Sintetizando: a fonética estuda o movimento físico (da boca, lábios, língua...) que cada som faz, desconsiderando o significado desses sons.

Fonologia

A fonologia também é um ramo de estudo da Linguística, mas ela se preocupa em analisar a organização e a classificação dos sons, separando-os em unidades significativas. É responsabilidade da fonologia, também, cuidar de aspectos relativos à divisão silábica, à acentuação de palavras, à ortografia e à pronúncia.

Sintetizando: a fonologia estuda os sons, preocupando-se com o significado de cada um e não só com sua estrutura física.

Para ficar mais claro, leia os quadrinhos:



(Gibizinho da Mônica, nº73, p.73)

O humor da tirinha é construído por meio do emprego das palavras acento e assento. Sabemos que são palavras diferentes, com significados diferentes, mas a pronúncia é a mesma. Lembra que a fonética se preocupa com o som e representa ele por meio de um Alfabeto específico? Para a fonética, então, essas duas palavras seriam transcritas da seguinte forma:

Acento	asẽtu
Assento	asẽtu

Percebeu? A transcrição é idêntica, já que os sons também são. Já a fonologia analisa cada som com seu significado, portanto, é ela que faz a diferença de uma palavra para a outra.

Bom, agora que sabemos que fonética e fonologia são coisas diferentes, precisamos entender o que é fonema e letra.

Fonema: os fonemas são as menores unidades sonoras da fala. Atenção, estamos falando de menores unidades de som, não de sílabas. Observe a diferença: na palavra pato a primeira sílaba é pa-. Porém, o primeiro som é pê (P) e o segundo som é a (A).

Letra: as letras são as menores unidades gráfica de uma palavra.

Sintetizando: na palavra pato, pa- é a primeira sílaba; pê é o primeiro som; e P é a primeira letra.

Agora que já sabemos todas essas diferenciações, vamos entender melhor o que é e como se compõe uma sílaba.

Sílaba: A sílaba é um fonema ou conjunto de fonemas que é emitido em um só impulso de voz que tem como base uma vogal.

A sílabas são classificadas de dois modos:

Classificação quanto ao número de sílabas:

As palavras podem ser:

– Monossílabas: as que têm uma só sílaba (pé, pá, mão, boi, luz, é...)

– Dissílabas: as que têm duas sílabas (café, leite, noites, caí, bota, água...)

– Trissílabas: as que têm três sílabas (caneta, cabeça, saúde, circuito, boneca...)

– Polissílabas: as que têm quatro ou mais sílabas (casamento, jesuíta, irresponsabilidade, paralelepípedo...)

Classificação quanto à tonicidade

As palavras podem ser:

– Oxítonas: quando a sílaba tônica é a última (ca-**fé**, ma-ra-cu-**já**, ra-**paz**, u-ru-**bu**...)

– Paroxítonas: quando a sílaba tônica é a penúltima (**me**-sa, sa-bo-**ne**-te, **ré**-gua...)

– Proparoxítonas: quando a sílaba tônica é a antepenúltima (**sá**-ba-do, **tô**-ni-ca, his-**tó**-ri-co...)

Lembre-se que:

Tônica: a sílaba mais forte da palavra, que tem autonomia fonética.

Átona: a sílaba mais fraca da palavra, que não tem autonomia fonética.

Na palavra telefone: te-, le-, ne- são sílabas átonas, pois são mais fracas, enquanto que fo- é a sílaba tônica, já que é a pronunciada com mais força.

Agora que já sabemos essas classificações básicas, precisamos entender melhor como se dá a divisão silábica das palavras.

Divisão silábica

A divisão silábica é feita pela silabação das palavras, ou seja, pela pronúncia. Sempre que for escrever, use o hífen para separar uma sílaba da outra. Algumas regras devem ser seguidas neste processo:

Não se separa:

– Ditongo: encontro de uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (cau-le, gai-o-la, ba-lei-a...)

– Tritongo: encontro de uma semivogal, uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (Pa-ra-guai, quais-quer, a-ve-ri-guou...)

– Dígrafo: quando duas letras emitem um único som na palavra.

Não separamos os dígrafos ch, lh, nh, gu e qu (fa-**cha**-da, co-l**hei**-ta, fro-**nha**, pe-**guei**...)

– Encontros consonantais inseparáveis: re-**cla**-mar, **psi**-có-lo-go, pa-**trão**...)

Deve-se separar:

– Hiatos: vogais que se encontram, mas estão em sílabas vizinhas (sa-**ú**-de, Sa-**a**-ra, ví-**a**-mos...)

– Os dígrafos rr, ss, sc, e xc (car-**ro**, pás-**sa**-ro, pis-**ci**-na, ex-**ce**-ção...)

– Encontros consonantais separáveis: in-**fec**-ção, mag-**nó**-lia, rit-**mo**...)

ORTOÉPIA; PROSÓDIA

Ligando-se diretamente à correta produção dos fonemas e à perfeita colocação do acento tônico nas palavras, existem duas partes da gramática que se preocupam com a pronúncia-padrão do português. São elas a ortoépia e a prosódia.

Ortoépia

É a correta articulação e pronúncia dos grupos fônicos, está relacionada com a perfeita emissão das vogais, a correta articulação das consoantes e a ligação de vocábulos dentro de contextos.

Os erros de ortoépia caracterizam a linguagem popular, ao articular uma palavra, os falantes normalmente obedecem à lei do menor esforço. Dessa forma, são comuns casos como: “róba” em vez de rouba, “alejar” em vez de aleijar, “adivogado” em vez de advogado.

Erros cometidos contra a ortoépia são chamados de **cacoépia**. Alguns exemplos:

– **pronunciar erradamente vogais quanto ao timbre** - pronúncia correta, timbre fechado (ê, ô): omelete, alcova, crosta; pronúncia errada, timbre aberto (é, ó): omelete, alcova, crosta.

– **omitir fonemas** - cantar/cantá, trabalhar/trabalhá, amor/amô, abóbora/abóbora, prostrar/prostar, reivindicar/revindicar.

– **acréscimo de fonemas** - pneu/peneu, freama/freimada, bandeja/bandeija.

– **substituição de fonemas** - cutia/cotia, cabeçalho/cabeçário, bueiro/boeiro.

– **troca de posição de um ou mais fonemas** - caderneta/carde-neta, bicarbonato/bicabornato, muçulmano/mulçumano.

– **nasalização de vogais** - sobrançelha/sombrancelha, mendigo/mendingo, bugiganga/bungiganga ou buginganga.

- **pronunciar a crase** - A aula iria acabar às cinco horas. / A aula iria acabar as cinco horas.

- **ligar as palavras na frase de forma incorreta** - A/ aula iria/ acabar/ as/ cinco horas. Forma correta: A aula/ iria acabar/ às cinco horas.

Prosódia

Está relacionada com a correta acentuação e entonação das palavras tomando como padrão a língua considerada culta. Sua principal preocupação é o conhecimento da sílaba tônica de uma palavra.

Cometer um erro de prosódia, por exemplo, é transformar uma palavra paroxítona (como **rubrica**) em proparoxítona (**rubrica**). Tais erros são chamados de **silabadas**.

Abaixo estão relacionados alguns exemplos de vocábulos que frequentemente geram dúvidas quanto à prosódia:

- **oxítonas** - Ex.: cateter, cister, condor, hangar, mister, negus, Nobel, novel, recém, refém, ruim, sutil, ureter.

- **paroxítonas** - Ex.: avaro, avito, barbárie, caracteres, cartomancia, ciclope, erudito, ibero, gratuito, ônix, poliglota, pudico, rubrica, tulipa.

- **proparoxítonas** - Ex.: aeródromo, alcoólatra, álibi, âmago, antídoto, elétrodo, lêvedo, protótipo, quadrúmano, vermífugo, zéfiro.

Há algumas palavras cujo acento prosódico é incerto, oscilante, mesmo na língua culta. Exemplos: acróbata/acrobata, Oceânia/Oceania, xerox/xérox e outras. Outras assumem significados diferentes, de acordo com a acentuação. Ex.: válido/válido, vivido/vívido.

ACENTUAÇÃO

— Definição

A acentuação gráfica consiste no emprego do acento nas palavras grafadas com a finalidade de estabelecer, com base nas regras da língua, a intensidade e/ou a sonoridade das palavras. Isso quer dizer que os acentos gráficos servem para indicar a sílaba tônica de uma palavra ou a pronúncia de uma vogal. De acordo com as regras gramaticais vigentes, são quatro os acentos existentes na língua portuguesa:

- **Acento agudo:** Indica que a sílaba tônica da palavra tem som aberto. Ex.: área, relógio, pássaro.

- **Acento circunflexo:** Empregado acima das vogais “a” e “o” para indicar sílaba tônica em vogal fechada. Ex.: acadêmico, âncora, avô.

- **Acento grave/crase:** Indica a junção da preposição “a” com o artigo “a”. Ex.: “Chegamos à casa”. Esse acento não indica sílaba tônica!

- **Til:** Sobre as vogais “a” e “o”, indica que a vogal de determinada palavra tem som nasal, e *nem sempre* recai sobre a sílaba tônica. Exemplo: a palavra *órfã* tem um acento agudo, que indica que a sílaba forte é “o” (ou seja, é acento tônico), e um **til** (˜), que indica que a pronúncia da vogal “a” é nasal, não oral. Outro exemplo semelhante é a palavra *bênção*.

— Monossílabas Tônicas e Átonas

Mesmo as palavras com apenas uma sílaba podem sofrer alteração de intensidade de voz na sua pronúncia. Exemplo: observe o substantivo masculino “dó” e a preposição “do” (contração da preposição “de” + artigo “o”). Ao comparar esses termos, percebermos que o primeiro soa mais forte que o segundo, ou seja, temos uma monossílabas tônica e uma átona, respectivamente. Diante de palavras monossílabas, a dica para identificar se é *tônica* (forte) ou *fraca átona* (fraca) é pronunciá-las em uma frase, como abaixo:

“Sinto grande dó ao vê-la sofrer.”
“Finalmente encontrei a chave do carro.”

Recebem acento gráfico:

– As monossílabas tônicas terminadas em: -a(s) → pá(s), má(s); -e(s) → pé(s), vê(s); -o(s) → só(s), pôs.

– As monossílabas tônicas formados por ditongos abertos -éis, -éu, -ói. Ex: réis, véu, dói.

Não recebem acento gráfico:

– As monossílabas tônicas: par, nus, vez, tu, noz, quis.

– As formas verbais monossilábicas terminadas em “-ê”, nas quais a 3ª pessoa do plural termina em “-eem”. Antes do novo acordo ortográfico, esses verbos era acentuados. Ex.: *Ele lê* → *Eles lêem* leem.

Exceção! O mesmo não ocorre com os verbos monossilábicos terminados em “-em”, já que a terceira pessoa termina em “-êm”. Nesses caso, a acentuação permanece acentuada. Ex.: *Ele tem* → *Eles têm*; *Ele vem* → *Eles vêm*.

Acentuação das palavras Oxítonas

As palavras cuja última sílaba é tônica devem ser acentuadas as oxítonas com sílaba tônica terminada em vogal tônica -a, -e e -o, sucedidas ou não por -s. Ex.: aliás, após, crachá, mocotó, pajé, vocês. Logo, não se acentuam as oxítonas terminadas em “-i” e “-u”. Ex.: caquí, urubu.

Acentuação das palavras Paroxítonas

São classificadas dessa forma as palavras cuja penúltima sílaba é tônica. De acordo com a regra geral, não se acentuam as palavras paroxítonas, a não ser nos casos específicos relacionados abaixo. Observe as exceções:

– Terminadas em -ei e -eis. Ex.: amásseis, cantásseis, fizésseis, hóquei, jóquei, põnei, saudáveis.

– Terminadas em -r, -l, -n, -x e -ps. Ex.: bíceps, caráter, córtex, esfínter, fórceps, fóssil, líquen, lúmen, réptil, tórax.

– Terminadas em -i e -is. Ex.: beribéri, bílis, biquíni, cáqui, cútis, grátis, júri, lápis, oásis, táxi.

– Terminadas em -us. Ex.: bônus, húmus, ônus, Vênus, vírus, tônus.

– Terminadas em -om e -ons. Ex.: elétrons, nêutrons, prótons.

– Terminadas em -um e -uns. Ex.: álbum, albuns, fórum, fóruns, quórum, quóruns.

– Terminadas em -ã e -ão. Ex.: bênção, bênçãos, ímã, ímãs, órfã, órfãs, órgão, órgãos, sótão, sótãos.

Acentuação das palavras Proparoxítonas

Classificam-se assim as palavras cuja antepenúltima sílaba é tônica, e todas recebem acento, sem exceções. Ex.: ácaro, árvore, bárbaro, cálida, exército, fétido, lâmpada, líquido, médico, pássaro, tática, trânsito.

Ditongos e Hiatos

Acentuam-se:

– Oxítonas com sílaba tônica terminada em abertos “_éu”, “_éi” ou “_ói”, sucedidos ou não por “_s”. Ex.: anéis, fiéis, herói, mausoléu, sóis, véus.

– As letras “_i” e “_u” quando forem a segunda vogal tônica de um hiato e estejam isoladas ou sucedidas por “_s” na sílaba. Ex.: cai (ca-i), país (pa-ís), baú (ba-ú).

Não se acentuam:

– A letra “_i”, sempre que for sucedida por de “_nh”. Ex.: moinho, rainha, bainha.

– As letras “_i” e o “_u” sempre que aparecerem repetidas. Ex.: juuna, xiita. xiita.

– Hiatos compostos por “_ee” e “_oo”. Ex.: creem, deem, leem, enjoo, magoo.

O Novo Acordo Ortográfico

Confira as regras que levaram algumas palavras a perderem acentuação em razão do Acordo Ortográfico de 1990, que entrou em vigor em 2009:

1 – Vogal tônica fechada -o de -oo em paroxítonas.

Exemplos: enjoo – enjoo; magoo – magoo; perdo – perdo; vôo – voo; zôo – zoo.

2 – Ditongos abertos -oi e -ei em palavras paroxítonas.

Exemplos: alcalóide – alcaloide; andróide – androide; alcalóide – alcaloide; assembleia – assembleia; asteróide – asteroide; européia – europeia.

3 – Vogais -i e -u precedidas de ditongo em paroxítonas.

Exemplos: feiúra – feiura; maoísta – maoista; taoísmo – taoismo.

4 – Palavras paroxítonas cuja terminação é -em, e que possuem -e tônico em hiato.

Isso ocorre com a 3ª pessoa do plural do presente do indicativo ou do subjuntivo. Exemplos: deem; lêem – leem; relêem – releem; revêem.

5 – Palavras com trema: somente para palavras da língua portuguesa. Exemplos: bilíngüe – bilíngue; enxágüe – enxágue; linguiça – linguiça.

6 – Paroxítonas homógrafas: são palavras que têm a mesma grafia, mas apresentam significados diferentes. Exemplo: o verbo **PARAR:** pára – para. Antes do Acordo Ortográfico, a flexão do verbo “parar” era acentuada para que fosse diferenciada da preposição “para”.

Atualmente, nenhuma delas recebe acentuação. Assim:

Antes: Ela sempre pára para ver a banda passar. [verbo / preposição]

Hoje: Ela sempre para para ver a banda passar. [verbo / preposição]

ORTOGRAFIA**— Definições**

Com origem no idioma grego, no qual *orto* significa “direito”, “exato”, e *grafia* quer dizer “ação de escrever”, ortografia é o nome dado ao sistema de regras definido pela gramática normativa que indica a escrita correta das palavras. Já a Ortografia Oficial se refere às práticas ortográficas que são consideradas oficialmente como adequadas no Brasil. Os principais tópicos abordados pela ortografia são: o emprego de acentos gráficos que sinalizam vogais tônicas, abertas ou fechadas; os processos fonológicos (crase/acento grave); os sinais de pontuação elucidativos de funções sintáticas da língua e decorrentes dessas funções, entre outros.

Os acentos: esses sinais modificam o som da letra sobre a qual recaem, para que palavras com grafia similar possam ter leituras diferentes, e, por conseguinte, tenham significados distintos. Resumidamente, os acentos são agudo (deixa o som da vogal mais aberto), circunflexo (deixa o som fechado), til (que faz com que o som fique nasalado) e acento grave (para indicar crase).

O alfabeto: é a base de qualquer língua. Nele, estão estabelecidos os sinais gráficos e os sons representados por cada um dos sinais; os sinais, por sua vez, são as vogais e as consoantes.

As letras K, Y e W: antes consideradas estrangeiras, essas letras foram integradas oficialmente ao alfabeto do idioma português brasileiro em 2009, com a instauração do Novo Acordo Ortográfico. As possibilidades da vogal Y e das consoantes K e W são, basicamente, para nomes próprios e abreviaturas, como abaixo:

– Para grafar símbolos internacionais e abreviações, como *Km* (quilômetro), *W* (watt) e *Kg* (quilograma).

– Para transcrever nomes próprios estrangeiros ou seus derivados na língua portuguesa, como Britney, Washington, Nova York.

Relação som X grafia: confira abaixo os casos mais complexos do emprego da ortografia correta das palavras e suas principais regras:

“ch” ou “x”?: deve-se empregar o X nos seguintes casos:

– Em palavras de origem africana ou indígena. Exemplo: *oxum*, *abacaxi*.

– Após ditongos. Exemplo: *abaixar*, *faixa*.

– Após a sílaba inicial “en”. Exemplo: *enxada*, *enxergar*.

– Após a sílaba inicial “me”. Exemplo: *mexilhão*, *mexer*, *mexerica*.

s” ou “x”?: utiliza-se o S nos seguintes casos:

– Nos sufixos “ese”, “isa”, “ose”. Exemplo: *síntese*, *avisa*, *verminose*.

– Nos sufixos “ense”, “osa” e “oso”, quando formarem adjetivos. Exemplo: *amazonense*, *formosa*, *jocoso*.

– Nos sufixos “ês” e “esa”, quando designarem origem, título ou nacionalidade. Exemplo: *marquês/marquesa*, *holandês/holandesa*, *burguês/burguesa*.

– Nas palavras derivadas de outras cujo radical já apresenta “s”. Exemplo: *casa* – *casinha* – *casarão*; *análise* – *analisar*.

LEGISLAÇÃO DO SUS

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCABOUÇO LEGAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é mundialmente conhecido por ser um dos maiores, mais complexos e mais completos sistemas de saúde vigentes. Ele abrange procedimentos de baixa complexidade, como aqueles oferecidos pela Atenção Primária à Saúde (APS), e de alta complexidade, como por exemplo, transplante de órgãos. Dessa maneira, garante acesso universal e integral, de forma gratuita para a população. O SUS pode ser definido como o conjunto de ações e de serviços de saúde prestados pela federação, junto de seus estados e municípios.

Até meados dos anos 80, a concepção de saúde era dada pela “ausência de doença”, contudo, com o fim da Ditadura Militar e com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), ampliou-se o conceito de saúde pública no Brasil quando propôs a ideia de uma saúde preventiva, participação da população nas decisões envolvendo a saúde brasileira, descentralização dos serviços e mudanças embasadas no direito universal a saúde.

Com a publicação do relatório das decisões e pautas discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a oficializar a saúde no meio jurídico brasileiro, determinando, ainda que seja promovida de forma gratuita, universal e de qualidade, para que todos tenham acesso de maneira igualitária. Dessa forma, a saúde passa a ser um direito do cidadão brasileiro e de todo aquele que estiver em território nacional e um dever do Estado.

Fernando Collor de Mello foi responsável pela sanção das leis que promoviam a criação e a organização do SUS.

*OBSERVAÇÃO: Recomenda-se a leitura na íntegra da Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ambas da Constituição Federal

Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 da Constituição Federal: Também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, traz em seu texto original: “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Em referência a essa lei, os objetivos do SUS consistem em identificar fatores determinantes da saúde, formular políticas destinadas a promover nos âmbitos econômico e social, condições para pleno exercício da saúde e aplicar ações assistenciais de proteção, promoção e recuperação com enfoque em atividades preventivas.

Além disso, determina atribuições do SUS voltadas para a vigilância sanitária e epidemiológica, participação ativa em estratégias em saneamento básico e o desenvolvimento técnico-científico, com o intuito de ampliar as atribuições sob responsabilidade dos órgãos gestores do SUS, como o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 da Constituição Federal: É o resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde. Traz em seu texto original o objetivo: “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

A partir da criação dessa lei, foram criados também os Conselhos e as Conferências de Saúde, que são de extrema importância para o controle social do SUS. Os Conselhos de Saúde foram constituídos afim de fiscalizar, formular e promover ações deliberativas acerca das políticas de saúde.

Em seu texto, traz que a Conferência de Saúde é um espaço voltado para discussões sobre as políticas de saúde em todas as esferas governamentais, acontecendo de maneira ordinária a cada 4 anos em formato de fórum de discussão afim de avaliar e propor mudanças e novas políticas de saúde. Dentre as conferências nacionais, a mais importante que já aconteceu até os dias atuais foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que ficou conhecida como o pontapé inicial para a inclusão da saúde no âmbito legislativo do país.

Por fim, determina que a representação dos usuários do SUS dentro desses conselhos e conferências deve ser paritária em relação aos demais seguimentos, em outras palavras, 50% dos representantes devem ser usuários do SUS.

Princípios do SUS

Para que o SUS tenha a mesma forma de organização e a mesma doutrina em todo o território nacional, fica definido pela Constituição Federal um conjunto de elementos doutrinários e organizacionais.

— Princípios Doutrinários do SUS:

Universalização: Cabe o Estado assegurar a saúde como um direito de todas as pessoas, garantindo o acesso a todos os serviços do SUS sem distinção de sexo, raça ou qualquer outra característica pessoal ou social.

Equidade: Se faz necessário afim de diminuir desigualdades, visto que, todas as pessoas têm o mesmo direito aos serviços oferecidos pelo SUS, mas possuem necessidades distintas, ou seja, investir onde existe a maior carência de investimentos.

Integralidade: Visa tratar as pessoas em um todo, atendendo todas as necessidades de cada indivíduo, de modo a integrar ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças. Ou

seja, o sistema de saúde deve estar preparado para acolher o usuário, ouvi-lo e entendê-lo como parte de um contexto social e, assim, identificar suas carências e buscar formas de supri-las.

— **Princípios Organizativos:**

Regionalização e Hierarquização: Define que os serviços promovidos pelo SUS devem ser organizados em níveis crescente de complexidade, abrangendo os critérios epidemiológicos, geográficos e baseados na população a ser atendida.

A hierarquização prevê a divisão de níveis de atenção (primário, secundário e terciário) afim de distribuir o atendimento de acordo com a necessidade real do paciente para o setor especializado naquilo que ele precisa.

Enquanto isso, a regionalização dispõe da necessidade de não somente dividir os serviços de saúde, mas também sistematizá-los de maneira eficiente, evitando que dois setores fiquem responsáveis pelo mesmo serviço e, conseqüentemente, poupar que recursos materiais, financeiros e humanos sejam gastos desnecessariamente.

Descentralização: A redistribuição do poder ligado as decisões, aos recursos, com o intuito de aproximar a tomada de decisão ao fato, pois entende-se que, dessa maneira, haverá mais chance de acerto. Graças a descentralização, têm-se a tendência a da municipalização das decisões a respeito dos serviços de saúde.

Participação dos cidadãos: Há a necessidade, embasada a partir das Leis Orgânicas, da participação da população nas decisões relacionadas a administração pública do SUS por meio dos Conselhos de Saúde, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais. Além disso, com a ampliação do acesso à internet, foi possível aumentar o debate sobre assuntos importantes para a saúde através de consultas e audiências públicas.

— **Diretrizes para a gestão do SUS**

As diretrizes para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) estão estabelecidas na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

Universalidade

A universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere ao direito de todos os cidadãos brasileiros, sem exceção, ao acesso gratuito e igualitário aos serviços de saúde. Ou seja, qualquer pessoa, independentemente de sua condição social, econômica ou de saúde, tem direito a ser atendida pelo SUS.

Ela é garantida pelo SUS por meio da oferta de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada e hospitalar, em todo o território nacional. O SUS oferece uma ampla gama de serviços, que incluem consultas médicas, exames, cirurgias, internações, atendimento de emergência, entre outros.

Além disso, é considerada um avanço importante na garantia do direito à saúde no Brasil, pois garante que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua capacidade de pagamento ou de outros fatores que possam levar à exclusão do sistema de saúde.

No entanto, apesar dos avanços, ainda há desafios a serem enfrentados para garantir a efetivação da universalidade no SUS, como a melhoria da qualidade dos serviços, a ampliação do acesso em regiões mais distantes e a redução das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde.

Equidade

A equidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere ao direito de todos os cidadãos brasileiros, sem exceção, de terem acesso igualitário aos serviços de saúde, levando em conta suas necessidades individuais de saúde, independentemente de sua classe social, gênero, raça ou qualquer outra forma de discriminação.

O SUS busca garantir a equidade por meio da oferta de serviços e ações de saúde que abrangem desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, assegurando o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde. Dessa forma, todos os cidadãos devem ter acesso aos mesmos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica ou de sua localização geográfica.

No entanto, a equidade na oferta de serviços de saúde ainda é um desafio a ser enfrentado no SUS. Existem desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde, com algumas regiões do país tendo acesso a uma infraestrutura mais adequada de serviços de saúde do que outras. Além disso, a discriminação de gênero, raça, orientação sexual e outros fatores também podem afetar o acesso aos serviços de saúde.

Por isso, é importante que a gestão do SUS trabalhe para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, implementando políticas que promovam a inclusão social e a igualdade de oportunidades, e garantindo que todos os cidadãos brasileiros possam usufruir do direito à saúde, de forma igualitária e justa.

Integralidade

A integralidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere à oferta de um conjunto completo e articulado de ações e serviços de saúde, que abrangem desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, assegurando o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde.

O SUS busca garantir a integralidade do cuidado, levando em consideração as necessidades individuais de cada paciente e ações de saúde que visem sua recuperação, prevenção ou manutenção de sua saúde. Isso significa que os serviços de saúde devem ser organizados de maneira a garantir a oferta de serviços que considerem as dimensões biopsicossociais e culturais de cada pessoa.

Além disso, a integralidade no SUS também significa que os serviços devem ser organizados de forma articulada, em todos os níveis de atenção à saúde, de forma a oferecer uma atenção contínua, coordenada e integral aos usuários, sem fragmentação do cuidado. Isso implica em uma gestão integrada e descentralizada do SUS, que deve envolver a atuação articulada de serviços de saúde, gestores e profissionais, em todas as esferas do sistema de saúde.

Contudo, a garantia da integralidade do cuidado ainda é um desafio a ser enfrentado no SUS, especialmente em relação à oferta de serviços em algumas regiões do país, bem como em relação à disponibilidade de tecnologias e medicamentos. Por isso, é importante que a gestão do SUS trabalhe para garantir a

integralidade do cuidado, implementando políticas e práticas que promovam a articulação entre os serviços de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários do SUS.

Participação social

A participação social é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere ao direito dos cidadãos de participarem ativamente do processo de gestão do SUS, tanto na definição de políticas públicas de saúde, quanto no controle social das ações e serviços oferecidos pelo sistema.

O SUS reconhece que a participação da sociedade é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais democrático e eficiente, capaz de responder às necessidades de saúde da população. A participação social no SUS pode se dar por meio de diferentes formas, como:

– **Conselhos de Saúde:** são instâncias de participação popular na gestão do SUS, que têm a função de acompanhar, fiscalizar e propor políticas de saúde para o governo;

– **Conferências de Saúde:** são eventos que ocorrem a cada quatro anos, nos âmbitos nacional, estadual e municipal, com a participação de representantes da sociedade civil e do governo, para discutir e propor diretrizes para a política de saúde;

– **Ouvidorias:** são canais de comunicação entre os usuários do SUS e os gestores do sistema, que recebem denúncias, reclamações e sugestões para melhorar a qualidade dos serviços de saúde;

– **Participação em programas de saúde:** a sociedade pode participar de diferentes programas e ações de saúde, como campanhas de vacinação, mutirões de saúde, entre outras iniciativas.

Ela é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais democrático e eficiente, capaz de responder às necessidades de saúde da população. Por isso, é importante que a gestão do SUS promova e fortaleça a participação da sociedade, incentivando a participação de diferentes grupos sociais e garantindo a transparência e a prestação de contas por parte dos gestores do sistema.

Descentralização

Ela se refere à distribuição de poder, responsabilidades e recursos para a gestão do SUS entre as diferentes esferas do governo (federal, estadual e municipal), garantindo a autonomia e a capacidade de decisão dos gestores locais.

Tem como objetivo principal promover a democratização do acesso à saúde, levando em conta as especificidades e as necessidades de cada região. Com a descentralização, os municípios passaram a ter maior autonomia para gerir seus sistemas de saúde, possibilitando a construção de políticas e serviços de saúde mais adequados às necessidades locais.

Além disso, a descentralização do SUS também permite uma maior participação da sociedade na gestão do sistema de saúde, uma vez que a administração dos serviços passa a estar mais próxima dos cidadãos.

No entanto, a descentralização também pode trazer desafios para a gestão do sistema, como a falta de recursos e capacidade técnica para a gestão em algumas regiões do país. Por isso, é fundamental que a gestão do SUS trabalhe para fortalecer a capacidade de gestão dos municípios e para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional.

Regionalização

A regionalização é uma das estratégias fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, juntamente com a descentralização e a municipalização. Ela se refere à organização dos serviços de saúde em regiões, de acordo com as necessidades e as características locais, buscando garantir o acesso equitativo e integral aos serviços de saúde em todo o território nacional.

Tem como objetivo principal a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades regionais e garantindo a oferta de serviços de qualidade e em tempo oportuno. A partir da regionalização, os municípios podem se organizar em redes de saúde, articulando as ações e serviços de saúde e garantindo a integralidade da assistência.

Para a implementação da regionalização, é fundamental que haja uma articulação entre as diferentes esferas do governo (federal, estadual e municipal) e a participação da sociedade civil. É preciso definir critérios de organização das regiões de saúde, considerando aspectos como a densidade populacional, as características epidemiológicas, a oferta de serviços de saúde, a distância entre os municípios, entre outros fatores.

Também deve-se levar em conta a capacidade de gestão e a disponibilidade de recursos financeiros e humanos para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em cada região. Por isso, é importante que a gestão do SUS trabalhe para fortalecer a capacidade de gestão e a qualificação dos profissionais de saúde em todo o país, visando garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade e em tempo oportuno para toda a população.

Humanização

A humanização é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde no Brasil, que busca valorizar a relação entre profissionais de saúde e usuários, respeitando suas necessidades, desejos e valores. Se baseia na construção de vínculos mais solidários e acolhedores entre os profissionais de saúde e os usuários, e visa a promoção da dignidade humana, da autonomia e da cidadania.

Para a efetivação da humanização no SUS, são necessárias diversas ações, tais como a valorização e capacitação dos profissionais de saúde, estimulando a reflexão crítica e a escuta qualificada dos usuários, a ampliação e qualificação da participação dos usuários e da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde, a garantia do acesso aos serviços de saúde, respeitando a integralidade e a equidade no atendimento, a promoção da educação em saúde e da prevenção de doenças, visando a promoção da saúde e o cuidado com o indivíduo em sua totalidade, o estímulo à promoção da saúde mental, respeitando as diferenças individuais e os aspectos psicológicos e emocionais dos usuários.

A humanização no SUS busca transformar a relação tradicionalmente vertical entre profissionais de saúde e usuários, colocando-os em um patamar de igualdade e trabalhando juntos para a promoção da saúde e o cuidado do indivíduo. É um processo contínuo de transformação da cultura institucional, que busca construir uma atenção mais resolutiva, equitativa e comprometida com a qualidade de vida dos usuários do SUS.

As diretrizes para a gestão do SUS estabelecem um conjunto de princípios e valores que devem orientar a gestão do sistema de saúde brasileiro, garantindo o acesso universal, equitativo, integral e humanizado aos serviços de saúde, com a participação da sociedade na sua gestão e descentralização da gestão para os estados e municípios.

— **Financiamento**

O financiamento do SUS é composto por recursos públicos provenientes dos orçamentos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), além de recursos oriundos de contribuições sociais e impostos específicos, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

Os recursos do SUS são alocados de forma descentralizada e destinados para ações e serviços de saúde, como atendimento médico, consultas, exames, internações hospitalares, ações de vigilância em saúde, entre outros.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito universal e um dever do Estado, e que a União, os estados e os municípios devem aplicar um percentual mínimo de suas receitas na área da saúde. Atualmente, a Emenda Constitucional nº 86/2015 fixou o percentual de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União e de 12% da RCL dos estados e do Distrito Federal para a saúde. Já os municípios devem aplicar no mínimo 15% de suas receitas próprias na saúde, acrescidos dos repasses federais e estaduais.

Além disso, o SUS conta com o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é um mecanismo de financiamento da saúde pública no país, responsável por receber e repassar os recursos do SUS para estados e municípios, garantindo a distribuição equitativa e a aplicação adequada dos recursos. O FNS recebe recursos de diversas fontes, como o Orçamento Geral da União, as contribuições sociais e os repasses dos estados e municípios.

Em resumo, o financiamento do SUS é uma responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo e é financiado com recursos públicos provenientes de diversos impostos e contribuições sociais, sendo gerido pelo Fundo Nacional de Saúde.

— **Regulação**

A regulação do SUS no Brasil é um processo que busca garantir o acesso igualitário e oportuno aos serviços de saúde, de forma a promover a equidade no atendimento e a eficiência na utilização dos recursos públicos. A regulação é responsável por planejar, organizar e avaliar as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, buscando garantir a integralidade da assistência e a resolubilidade dos serviços.

A regulação do SUS é realizada por meio de três tipos de ações: a regulação assistencial, a regulação da atenção à saúde e a regulação econômica. A regulação assistencial tem como objetivo garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde, regulando o fluxo de pacientes e os critérios de encaminhamento entre as unidades de saúde. A regulação da atenção à saúde busca garantir a integralidade e a continuidade do cuidado, orientando a oferta de serviços e a organização da rede de atenção à saúde. Já a regulação econômica visa garantir a eficiência na utilização dos recursos públicos, regulando a oferta de serviços e estabelecendo critérios para a remuneração dos serviços prestados.

A regulação do SUS é uma responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com a participação da sociedade civil e dos profissionais de saúde. É importante que a regulação seja realizada de forma transparente, com a participação da população na definição das prioridades de saúde e na avaliação da qualidade dos serviços prestados. Além disso, é fundamental que a gestão do SUS trabalhe para fortalecer

a capacidade de regulação em todo o país, visando garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade e em tempo oportuno para toda a população.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988, TÍTULO VIII - ARTIGOS DE 194 A 200

No tocante à Seguridade Social, segue um processo mnemônico para ser utilizado como técnica de auxílio no processo de memorização:

Seguridade Social	
P	<u>Previdência Social</u>
A	<u>Assistência Social</u>
S	<u>Saúde</u>

**TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL**

(...)

**CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL**

**SEÇÃO I
DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento, identificando - se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

LEGISLAÇÃO DA PB SAÚDE

LEI COMPLEMENTAR Nº 157, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2020 – INSTITUIÇÃO DA PB SAÚDE

LEI COMPLEMENTAR Nº 157, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2020

Autoriza o Poder Executivo Estadual a criar fundação pública de direito privado denominada Fundação Paraibana de Gestão em Saúde - PB Saúde e dá outras providências.

LEI COMPLEMENTAR Nº 157 DE 17 DE FEVEREIRO DE 2020.

Autoriza o Poder Executivo Estadual a criar fundação pública de direito privado denominada Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PB Saúde e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA:

Faço saber que o Poder Legislativo decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Fica o Poder Executivo do Estado da Paraíba autorizado a criar Fundação Pública com personalidade jurídica de direito privado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com quadro de pessoal próprio, denominada Fundação Paraibana de Gestão em Saúde (PB Saúde), nos termos do Decreto Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, e da Emenda Constitucional 19, de 04 de junho de 1998.

§1º A PB Saúde terá prazo de duração indeterminado, com sede e foro no Estado da Paraíba.

§2º Fica o Poder Executivo autorizado a criar subsidiárias para o desenvolvimento das atividades inerentes às finalidades da PB Saúde, estando estas subsidiárias submetidas ao disposto nesta Lei Complementar.

Art. 2º A PB Saúde adquirirá personalidade jurídica com a inscrição dos seus atos constitutivos no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, nos termos do §3º, do art 5º, do Decreto Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, não se aplicando as demais disposições do Código Civil referentes às fundações.

Art. 3º A PB Saúde integrará a Administração Pública Indireta do Poder Executivo estadual, na condição de Fundação Estadual de Saúde sendo, portanto, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SES) e compondo de forma inalienável o Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO II COMPETÊNCIA E FINALIDADES

Art. 4º A PB Saúde terá como finalidades precípua exercer atividades de gestão e prestação de serviços de saúde, além de executar ações, programas e estratégias que venham a ser objeto de determinações das Políticas de Saúde emanadas da Secretaria de Estado da Saúde, e para isto, competindo-lhe:

I- atuar na gestão e produção de cuidados integrais à saúde, a partir dos serviços, ações, programas e estratégias, que estiverem sob sua gestão, contemplando a garantia de ofertas em saúde, bem como acesso universal e gratuito a todos os diferentes níveis de complexidade de sua prestação de serviços de atenção à saúde;

II- recrutar pessoal e desenvolver capacidades e competências humanas necessárias em saúde, podendo para tanto, desempenhar tais atividades junto às múltiplas instituições e órgãos que integram o SUS, independentemente de sua natureza jurídico-administrativa;

III- atuar nas áreas de fomento ao desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, com vistas a apoiar de forma efetiva o desenvolvimento do SUS, nos campos da gestão, educação e atenção à saúde, em absoluta consonância com os mais elevados interesses públicos do Estado da Paraíba;

IV- cooperar com órgãos públicos e privados para a produção de inteligência sanitária, no que concerne ao desenvolvimento e alcance de melhores práticas, competências e custo-efetividade nos campos de gestão de serviços, redes e sistemas de saúde, bem como das demais dimensões da atenção à saúde;

V- consolidar experiência e prestar serviços nas áreas de infraestrutura predial dos edifícios de saúde (reforma, ampliação e construção) e engenharia clínica (de equipamentos hospitalares);

VI- consolidar experiência e prestar serviços nas áreas de diagnósticos em análises clínicas e de diagnóstico por imagem, além de telemedicina;

VII- consolidar experiência e desenvolver sistemas de informação voltados ao aprimoramento da gestão em saúde (prontuários eletrônicos e soluções ERP) de forma cooperada junto a outros entes públicos ou privados, sem que esta iniciativa tenha qualquer finalidade lucrativa;

VIII- consolidar experiência e prestar serviços inerentes à operação e gestão da cadeia de suprimentos e logística, bem como em assistência farmacêutica e no desempenho das atividades de fármaco, tecno e hemo-vigilâncias;

IX- consolidar experiência e prestar serviços nas áreas de terapia renal substitutiva, de atenção ambulatorial especializada, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e de reabilitação;

X- consolidar experiência e prestar serviços na área de coleta, produção e distribuição de hemoderivados atendendo às diretrizes e normas sanitárias emanadas da Secretaria de Estado da Saúde, Políticas de Saúde e demais instancias gestoras do SUS;

XI- cooperar e fomentar as iniciativas e projetos educacionais e de desenvolvimento científico da Escola de Saúde Pública da Paraíba e das demais instituições formadoras tornando-se campo de prática para as atividades de pesquisa e inovação em saúde, em atenção às Políticas de Educação em Saúde da SES e do SUS.

Art. 5º A PB Saúde atuará em plena consonância com os princípios, normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como em atenção à Lei Federal 12.846, de 1º de agosto de 2013, que versa sobre a responsabilização administrativa de pessoas jurídicas pela prática de atos lesivos contra a administração pública.

Parágrafo único. A PB Saúde ratifica e assume como princípios fundantes a defesa intransigente das garantias de acesso universal a cuidados integrais em saúde, sempre ofertados com equidade, efetividade e em tempo oportuno, em favor do bem-estar e das necessidades em saúde do povo paraibano.

CAPÍTULO III PATRIMÔNIO

Art. 6º A PB Saúde terá seu patrimônio constituído por bens móveis e imóveis, valores financeiros, direitos e outros bens constantes desta Lei, ainda, pelos bens que lhe forem destinados por atos do Chefe do Poder Executivo estadual, por doações, ou pelos que venham a ser adquiridos por sua própria receita corrente.

§1º O uso dos bens da PB Saúde estará restrito à consecução de sua finalidade, podendo ser alienados mediante autorização específica do Chefe do Poder Executivo estadual.

§2º Somente será admitida a doação de bens à PB Saúde que estejam livres de quaisquer ônus e/ou embaraços legais excetuando-se os eventuais encargos relacionados ao uso do referido bem em atenção à finalidade definida pela PB Saúde e pelo doador.

Art. 7º Na eventualidade de extinção da PB Saúde, legados e doações a esta destinados, bem como os demais bens adquiridos, ou produzidos serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado da Paraíba.

CAPÍTULO IV RECURSOS E RECEITAS

Art. 8º Constituem-se como receitas da PB Saúde:

I- resultados oriundos da prestação de serviços ao Poder Público;

II- rendas advindas do usufruto de seu patrimônio e de aplicações financeiras considerando a legislação vigente;

III- resultados dos contratos, convênios e outros instrumentos congêneres celebrados com entes do Poder Público, sendo estes nacionais, internacionais, ou ainda com a iniciativa privada;

IV- rendas advindas das doações, legados e outros recursos destinados à PB Saúde por pessoas físicas, ou jurídicas de direito público ou privado;

V- rendas resultantes da alienação de bens mediante autorização de seu Conselho de Administração;

VI- outras receitas das mais diferentes naturezas oriundas do exercício de suas atividades.

CAPÍTULO V DIREÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E GOVERNANÇA

Art. 9º São instâncias e órgãos superiores da PB Saúde:

I- Conselho de Administração;

II- Direção Superior;

III- Conselho Fiscal.

Parágrafo único. A PB Saúde contará com estruturas de controle interno e compliance vinculadas ao Conselho de Administração.

Art. 10. A composição, atribuições, normas de funcionamento e de governança referidas no art. 9º desta Lei Complementar serão definidas pelo Estatuto da PB Saúde.

§1º O Conselho de Administração será instância máxima de gestão, controle e fiscalização da PB Saúde, constituído por até oito (oito) membros e seus respectivos suplentes oriundos do poder público, nomeados pelo Chefe do Poder Executivo estadual.

§2º O Conselho de Administração terá em sua composição:

I - membros natos:

a) Secretário de Estado da Saúde;

b) Secretário de Estado da Administração;

c) Secretário de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão;

e) Secretário de Estado da Fazenda;

f) Procurador Geral do Estado;

g) Superintendente da PB Saúde (membro da Direção Superior da PB Saúde).

h) membros da sociedade civil indicados:

1. representante indicado pelo Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Paraíba - COSEMS-PB;

2. representante indicado pelo Conselho Estadual de Saúde;

§3º A presidência do Conselho de Administração será exercida pelo Secretário de Estado da Saúde.

§4º O Conselho Fiscal responsável pelo acompanhamento, avaliação e controle da gestão econômica e financeira da PB Saúde será constituído por 5 (cinco) membros e seus respectivos suplentes, a serem nomeados pelo Chefe do Poder Executivo estadual.

§5º O Conselho Fiscal será composto pelos seguintes membros:

I- representante indicado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), que o presidirá;

II- representante indicado pela Secretaria de Estado da Fazenda (SEFAZ);

III- representante indicado pela Procuradoria Geral do Estado (PGE);

IV- representante indicado pela Controladoria Geral do Estado (CGE)

V- representante indicado pelo Conselho Estadual de Saúde, oriundo da representação dos usuários do SUS.

§6º As atividades dos Conselheiros nos Conselho de Administração e Conselho Fiscal serão remuneradas em atenção ao previsto no art. 5º da Lei Federal n.º 13.151, de 28 de julho de 2015, respeitados como limites máximos os valores praticados pelo mercado na região correspondente à sua área de atuação, devendo seu valor ser fixado pelo órgão de deliberação superior da entidade, registrado em ata, com comunicação ao Ministério Público.

§7º O mandato para a gestão dos membros de ambos os Conselhos terá duração de 4 anos, sendo permitida apenas 1 (uma) recondução, a exceção dos Secretários de Estado membros natos do Conselho de Administração, que em situações excepcionais, em função de seguirem respondendo por suas respectivas pastas por período superior ao limite aqui expresso, poderão continuar exercendo suas funções no referido Conselho, pelo tempo que perdurarem suas nomeações como Secretários de Estado pelo Chefe do Poder Executivo estadual.

§8º Os perfis de competência e requisitos técnicos mínimos para a ocupação das posições dos Conselhos de Administração e Fiscal, bem como da Direção Superior serão devidamente discriminados pelo Estatuto da PB Saúde.

Art. 11. Caberá ao Conselho de Administração a constituição e aprovação do regimento interno da PB Saúde, do quadro de pessoal, das funções de livre provimento (confiança) que não compo-nham as instâncias e órgãos superiores, bem como a aprovação anual de suas peças orçamentárias.

Art. 12. A Direção Superior da PB Saúde será composta por 3 (três) membros, a saber:

- I- Superintendente;
- II- Diretor Administrativo Financeiro;
- III- Diretor de Atenção à Saúde;

Parágrafo único. O Superintendente desempenhará a atividade executiva principal da PB Saúde, cabendo a este as responsabilida-des pela execução das estratégias e diretrizes emanadas do Conse-lho de Administração.

Art. 13. Os membros dos Conselhos de Administração e Fiscal, bem como da Direção Superior da PB Saúde serão nomeados pelo Chefe do Poder Executivo estadual.

Art. 14. O Estatuto da PB Saúde será aprovado por ato do Poder Executivo estadual.

CAPÍTULO VI REGIME DE PESSOAL

Art. 15. O regime de pessoal da PB Saúde será o da Consoli-dação das Leis do Trabalho – CLT, disciplinado pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e legislação complementar.

§1º A investidura do pessoal da PB Saúde dar-se-á mediante prévia aprovação em concurso, ou processo seletivo simplificado público, de provas ou de provas e títulos, ressalvados os empregos de livre nomeação e exoneração dos que integrem o quadro de pes-soal em funções de direção, chefia e assessoramento.

§2º Os concursos e os processos seletivos simplificados públi-cos para o preenchimento de postos de trabalho poderão estabe-lecer como título o cômputo do tempo de exercício em atividades correlatas às atribuições do respectivo posto.

§3º O quadro de empregos e a estrutura remuneratória serão elaborados pela Direção Superior e aprovados pelo Conselho de Ad-ministração.

§4º A dispensa dos empregados da PB Saúde poderá ocorrer por motivo técnico assistencial, financeiro, econômico ou por justa causa na forma prevista no art. 482 da CLT.

Art. 16. A PB Saúde observará a reserva percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas com deficiência e os critérios de sua admissão, nos termos do disposto no inciso XII do art. 30 da Constituição Estadual e no inciso VIII do art. 37 da Constituição Federal.

CAPÍTULO VII CONTRATO E CONTRATUALIZAÇÃO

Art. 17. A PB Saúde prestará serviços ao Poder Público median-te o estabelecimento de contratos de gestão, doravante denomina-dos apenas contratos.

Parágrafo único. Os contratos e respectivos aditivos celebrados entre a PB Saúde e o Poder Público serão submetidos à manifesta-ção prévia da PGE (Procuradoria Geral do Estado) e da CGE (Contro-ladoria Geral do Estado).

Art. 18. São cláusulas essenciais dos contratos:

- I- objeto e seus elementos característicos;
- II- regime de execução;
- III- preço e as condições de pagamento, os critérios, data-base e periodicidade do reajustamento de preços;
- IV- prazos: de início, de etapas de execução, de conclusão, de entrega, de observação e de recebimento definitivo, conforme o caso;
- V- crédito pelo qual correrá a despesa, com a indicação da clas-sificação funcional programática e da categoria econômica;
- VI- obrigações, responsabilidades e condições de execução do objeto;
- VII- metas e indicadores de desempenho institucional, adminis-trativo, assistencial e avaliação dos usuários, bem como os prazos de execução e mensuração;
- VIII- Medidas administrativas especiais de ampliação de auto-nomia de gestão orçamentária, financeira e operacional que pos-sam vir a ser concedidas mediante o alcance de metas mencionadas no inciso VII;

IX- previsão da vinculação de repasses financeiros por parte do Poder Público ao cumprimento das metas definidas no contrato;

X- processos de acompanhamento, monitoramento e avalia-ção, incluídos parâmetros e critérios quantitativos e qualitativos;

XI- responsabilidade de dirigentes quanto ao alcance das metas pactuadas e a consequência em caso de não atingimento parcial e total; e,

XII- condições para a renovação, a alteração, a suspensão e a rescisão, incluída a previsão explícita das regras para a renegociação parcial ou total.

§1º Os serviços a serem prestados pela PB Saúde e as metas de desempenho institucional a serem por ela alcançados deverão ser detalhados em plano operativo que será parte integrante e indisso-ciável do contrato.

§2º O contrato poderá prever cláusula de sub-rogação dos direitos e das obrigações vigentes decorrentes dos contratos com terceiros, assumidas pelo Poder Público contratante, e cujo objeto esteja atrelado aos serviços contratados, de modo a evitar a des-continuidade e a desassistência, observada a vantajosidade.

§3º A Direção Superior da PB Saúde prestará contas em audi-ência pública anual na Comissão competente da Assembleia Legis-lativa do Estado da Paraíba, no que concerne ao cumprimento das metas pactuadas nos contratos com o Poder Público.

Art. 19. O Poder Público Estadual delimitará e definirá anu-almente, as rubricas orçamentárias das quais se originarão os re-cursos para pagamento dos serviços que vier a contratar com a PB Saúde, por meio do orçamento específico destinado à Secretaria de Estado da Saúde. Tais rubricas orçamentárias também serão discri-minadas nos contratos a serem celebrados.

Art. 20. A PB Saúde poderá celebrar contratos, convênios e outros ajustes do gênero com órgãos, organizações ou entidades públicas e privadas para a consecução de suas finalidades e com-petências, observadas as diretrizes e princípios do SUS, podendo, inclusive, contratar serviços profissionais especializados.

**CAPÍTULO VIII
COMPRAS E CONTRATAÇÕES**

Art. 21. A contratação de obras, serviços, compras e alienações pela PB Saúde será precedida de procedimento licitatório, na forma da legislação em vigor, podendo dispor de regulamento próprio de compras, contratações e alienações relacionadas à sua atividade-fim, observados os melhores princípios e práticas garantidores de uma Administração Pública efetiva e eficiente.

Art. 22. O regulamento próprio de compras, de que trata o art. 21, poderá reger-se pelas medidas administrativas especiais, observadas as normas gerais fixadas pela legislação em vigor, notadamente as Leis Federais nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e nº 13.303, de 30 de junho de 2016, bem como as seguintes diretrizes:

I- padronização do objeto da contratação, dos instrumentos convocatórios e das minutas de contratos, de acordo com normas internas específicas;

II- busca da maior vantagem institucional para a PB Saúde, considerando custos e benefícios, diretos e indiretos, de natureza econômica, social ou ambiental, inclusive os relativos à manutenção, ao desfazimento de bens e resíduos, ao índice de depreciação econômica e a outros fatores de igual relevância, como tempo de resposta de fornecedores críticos para a sustentabilidade da cadeia de suprimentos e logística e consequente garantia de capacidade de atendimento dos serviços de saúde;

III - parcelamento do objeto, visando ampliar a participação de licitantes, sem perda de economia de escala, e desde que não atinja valores inferiores aos limites estabelecidos para dispensa; e

IV- adoção preferencial das modalidades de licitação denominada pregão ou pregão eletrônico, observada a legislação federal e estadual, para a aquisição de bens e serviços comuns, assim considerados aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado.

§1º Sem prejuízo da observância do disposto na legislação federal, o regulamento da PB Saúde poderá prever a inexigibilidade de procedimento licitatório para contratação de especialistas e empresas especializadas para a execução de trabalhos técnicos ou científicos, e para os seguintes serviços técnicos:

I- estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;

II- pareceres, perícias e avaliações em geral;

III- assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras ou tributárias;

IV- fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

V- patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas; e

VI- treinamento e aperfeiçoamento de pessoal.

§2º Nos casos previstos no §1º, será considerado de notória especialização o profissional ou a empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente o mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato.

Art. 23. Aplicam-se à PB Saúde as disposições da Lei Federal nº 12.462, de 04 de agosto de 2011, na forma do disposto nos incisos V, IX e X do art. 1º da mencionada Lei.

**CAPÍTULO IX
TRANSPARÊNCIA, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

Art. 24. A PB Saúde estará sujeita à fiscalização da Controladoria Geral do Estado, Órgão Central do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo, observado o art. 8º da Lei Estadual nº 11.264, de 29 de dezembro de 2018, e, do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba.

Parágrafo único. A Controladoria Geral do Estado e o Tribunal de Contas terão acesso irrestrito aos documentos da PB Saúde, inclusive aos que forem classificados como sigilosos nos termos da Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Art. 25. A PB Saúde encaminhará relatório anual ao Conselho Estadual de Saúde e às Comissões de Saúde e de Finanças da Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba.

Parágrafo único. O Conselho Estadual de Saúde apreciará o relatório de que trata o caput e encaminhará ao titular da Secretaria de Estado da Saúde para suas proposições de medidas corretivas, se necessárias.

Art. 26. A PB Saúde estabelecerá uma política de transparência institucional consistente e abrangente, disponibilizando em seu sítio na internet todas as informações de relevância e interesse público, incluindo:

I- os contratos firmados com o Poder Público, suas metas pactuadas e o seu monitoramento;

II- as informações sobre o pessoal contratado, as escalas de trabalho e as remunerações;

III- os processos licitatórios em curso, os fornecedores, os valores dos contratos e a avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pelos prestadores;

IV- as agendas dos dirigentes, os calendários de eventos, as pautas e as atas das reuniões dos seus conselhos;

V- o regimento interno, os protocolos assistenciais, a carta de serviços aos cidadãos e o código de conduta de boas práticas institucionais;

VI- os contatos telefônicos da instituição e seus serviços, os canais de acesso à sua ouvidoria, os balanços contábil-financeiros, dentre outros que puderem vir a auxiliar o controle social; e

VII- os registros das despesas nos regimes de caixa e de competência.

**CAPÍTULO X
GESTÃO FINANCEIRA E CONTÁBIL**

Art. 27. A contabilidade da PB Saúde deverá submeter-se às disposições da Lei Federal 4.330, de 17 março de 1964, e da Lei Federal nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, no que couber, até que seja editado regulamento próprio.

Art. 28. A gestão financeira da PB Saúde deverá assegurar a perenidade e a sustentabilidade da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PB Saúde.

§1º O Conselho de Administração alocará parte das receitas auferidas pela PB Saúde à formação de reservas com vistas ao seguinte:

I- prover cobertura de despesas oriundas de obrigações trabalhistas, tributárias e previdenciárias para suportar custos com a extinção, redução de escopo e/ou interrupção parcial da execução dos contratos;

COTAÇÃO

A cotação¹ é o registro do preço obtido da oferta de diversos fornecedores em relação ao material/produto cuja compra foi solicitada. Após a triagem e seleção de fornecedores deve-se emitir uma solicitação de compras para os fornecedores habilitados.

Este documento irá indicar o que deve ser comprado, quantidade, o prazo de entrega, o local de entrega e outras informações complementares.

Este documento não deve ter rasuras e estar sempre ao alcance de qualquer consulta e análise de auditoria quando solicitada.

Deve-se ter cuidado, pois estes documentos são a prova que você fez a melhor compra sem ser tendencioso ou focado em um único fornecedor.

Este impresso deverá ser encaminhado para todas as empresas que farão parte do processo de fornecimento do produto/material. O passo seguinte é monitorar para que estas coletas estejam disponíveis no menor espaço de tempo e com maior agilidade no processo de compra. Lembre-se, nem todas as compras você deverá utilizar este impresso. Ficará a critério de sua empresa definir em quais situações ele será utilizado.

Normalmente em pequenas compras deve-se suprimir este documento.

A seguir acompanhe os tipos de coletas de preços que podemos utilizar no nosso dia-a-dia.

– Tipos de Coleta de Preços

Solicitação e cotação de preços verbais: O comprador conta os fornecedores por telefone, ou pessoalmente, descrevendo o material/produto ou serviço pretendido. Neste tipo de consulta, pode ocorrer margem de dúvidas; que posteriormente irá provocar conflitos. É aconselhado que tais procedimentos fiquem limitados a materiais de pequeno valor e quantidade.

Solicitação verbal com a apresentação de proposta por escrito: O comprador solicita verbalmente ao fornecedor uma proposta escrita do material/produto ou serviço de que necessita. A dúvida, neste caso, será quanto aos dados fornecidos por telefone ao vendedor, o que pode ter detectado pelo comprador após análise da proposta.

Solicitação e apresentação de proposta por escrito: O comprador envia ao fornecedor a coleta de preço, e o fornecedor responde ao comprador. Trata-se de um processo mais demorado, e aconselha-se a utilização desse processo para materiais/produtos/serviços de maior custo. Depois que os fornecedores completam e devolvem as cotações ao comprador, elas deverão ser analisadas.

CADASTRO DE FORNECEDORES

– Compras e Desenvolvimento de Fornecedores

A atividade de compras é realizada no lado do suprimento da empresa, estabelecendo contratos com fornecedores para adquirir materiais e serviços, ligados ou não à atividade principal.

Os gestores de compras fazem uma ligação vital entre a empresa e seus fornecedores. Para serem eficazes, precisam compreender tanto as necessidades de todos os processos da empresa, como as capacidades dos fornecedores que podem fornecer produtos e serviços para a organização.

A compra interfere diretamente nas vendas. A qualidade, quantidade, preço e prazo dos produtos fabricados numa indústria dependem muito das condições em que foram adquiridos os insumos e as matérias-primas.

No comércio, as compras de mercadorias realizadas em melhores condições proporcionam vendas mais rápidas, e possivelmente, com maior margem de lucro.

A gestão de compras é tida como um fator estratégico nos negócios. Comprar significa procurar, adquirir e receber mercadorias e insumos necessários à manutenção, funcionamento e expansão da empresa.

Não é tão fácil definir quais os fornecedores que apresentam todas as condições necessárias, por esse motivo é preciso verificar as seguintes condições:

- Se o preço de aquisição é justo e oferece condições de marcar um preço de venda que permita concorrer no mercado e, ao mesmo tempo, obter uma boa margem de lucro;
- Se a qualidade dos produtos oferecidos tem a perfeição do acabamento exigida pelo consumidor;
- Se a quantidade oferecida é suficiente para as necessidades de produção e vendas de um determinado período;
- Se os prazos de entrega satisfazem as programações de vendas da empresa;
- Se os prazos de pagamento cobrem os prazos médios de vendas e não comprometem o capital de giro próprio.

¹ <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/coleta-cotacao-de-precos/65169>

Toda empresa deve possuir um bom cadastro, onde são registradas as informações necessárias sobre os fornecedores (endereço, número do CNPJ, número da inscrição, objetivos sociais, pessoas para contato, linhas de produtos ou mercadorias, prazo médio de entrega, condições de pagamento, política de descontos etc.).

Cadastro de Fornecedores

É o órgão responsável pela qualificação, avaliação e desempenho de fornecedores de materiais e serviços. São atribuições do cadastro de fornecedores:

- Qualificar e avaliar o desempenho dos fornecedores de materiais e serviços;
- Acompanhar a evolução do mercado;
- Subsidiar as informações e tarefas do comprador;
- Efetuar a manutenção dos dados cadastrais;
- Pontuar cada fornecedor com méritos e deméritos durante as fases de consulta e fornecimento.

As premissas do cadastro de fornecedores são:

- Preço; qualidade; e prazo.

Essas premissas determinam a atuação do setor:

- Ter registrado fornecedores cujos produtos ou serviços possam ser de interesse efetivo ou potencial da empresa;
- Garantir um plantel de fornecedores com padrão acima do mínimo necessário;
- Despertar o interesse do fornecedor em manter
- Se atualizado perante as metas da empresa;
- Antecipar-se às necessidades de aquisição da empresa.

Crítérios de cadastramento: A quantidade de empresas mantidas no cadastro varia em função do número e da diversidade dos materiais consumidos. Esse número não deve ser tão reduzido e nem tão elevado, mantendo uma quantidade equilibrada.

a) Critérios políticos: são definidos pela administração da empresa, tendo como fatores: estabelecimento de prioridades para cadastramento de empresas da região ou do Estado, prioridade nas consultas a empresas de pequeno a médio porte etc.

b) Critérios técnicos: envolvem as carências de abastecimento, na procura de desenvolvimento de novas alternativas de fornecimento.

c) Critérios legais: aplicados exclusivamente às empresas estatais, autárquicas e do serviço público.

Os fatores de decisão para inclusão de fornecedores fundamentam-se:

- Na estabilidade econômico-financeira;
- Na idoneidade comercial;
- Na capacidade produtiva;
- Na capacidade técnica;
- Na tradição no mercado.

Os critérios para cadastramento envolvem duas fases distintas:

- a) Fase Inicial - Análise Preliminar;
- b) Fase Final - Análise Complementar.

a) Fase Inicial - Análise Preliminar: consiste na análise sumária e rápida dos documentos preliminares apresentados pelo interessado no cadastramento. Para tanto, os interessados devem apresentar:

- a.** Ato constitutivo da empresa, estatutos ou contrato social e alterações;
- b.** Atestados de capacidade técnica e/ou de fornecimento a outras empresas de ramo e porte equivalente;
- c.** Atestados de capacidade e idoneidade financeira;
- d.** Cópias dos dois últimos balanços; e. linha de produtos e/ou serviços oferecidos. Com esses documentos a empresa compradora poderá realizar as seguintes análises:

a1) Análise social: verifica-se seu objetivo, capital e composição acionária. Com isso procura-se evitar o cadastro de empresas que em cuja composição acionária constem funcionários da empresa que está cadastrando; sócio e ex-sócio de empresas excluídas do cadastro por falta grave; sócio de empresa já cadastrada para a mesma linha de materiais etc.

a2) Análise econômico-financeira: é constatada por meio de balanços, referências bancárias e cartas de crédito, cadastrando apenas empresas tidas como solventes.

a3) Análise técnica preliminar: é realizada com base nos atestados de capacidade técnica e na relação de equipamentos, visando constatar a tradição comercial da empresa, o interesse nos materiais e serviços oferecidos, a necessidade ou não de visita técnica, a qualificação de produtos ou testes de materiais.

b) Fase Final - Análise Complementar: Procede-se à análise complementar para as empresas aprovadas na fase preliminar, definindo ou não o registro.

b1) Análise jurídica

É realizada utilizando-se as certidões positivas dos cartórios de feitos executivos, certidões negativas de falência ou concordata e inscrições fiscais de âmbito federal, estadual e municipal.

b2) Análise técnica conclusiva

Sendo necessária, realiza-se a visita técnica, em companhia de especialistas no campo envolvido, por meio da qual obtêm-se os seguintes elementos para avaliação:

- a. Recursos Humanos: quantidade, qualidade e especialização;
- b. Recursos Materiais: maquinário, ferramental e instalações;
- c. Organização: programação, controle da produção, segurança e layout;
- d. Produção: capacidade, flexibilidade e diversificação;
- e. Controle de qualidade: recebimento, produção e produto.

Aprovação de Cadastro

Depois de coletar os dados dos fornecedores a empresa deve efetuar a análise do conceito técnico do fornecedor:

- Deficiente - não deverá obter registro;
- Regular - poderá vir a ser registrada;
- Bom e excelente - deverão ser cadastradas.

Seleção de Fornecedores

São os seguintes os critérios de seleção:

- O fornecedor da última compra deve sempre ser indicado;

- Não indicar fornecedores com atrasos na entrega;
- Evitar consultas em grupos reduzidos de fornecedores;
- Priorizar as consultas aos fabricantes;
- Evitar a consulta a fornecedores com baixo índice de cotação.

Avaliação de Fornecedores

Os fornecedores devem ser constantemente e sistematicamente avaliados por meio dos seguintes critérios:

- Desempenho comercial;
- Cumprimento de prazos de entrega;
- Qualidade do produto;
- Desempenho do produto em serviço.

a) Desempenho comercial

São os seguintes aspectos:

- Coleta de preços: número de respostas às consultas e obediência às condições gerais de fornecimento.
- Cumprimento das condições contratuais: condições de pagamento, reajustes de preços, preços propostos e ética comercial.

b) Cumprimento dos prazos de entrega

O fornecedor é avaliado quanto a:

- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Presteza no atendimento de emergências.

c) Qualidade do produto

O fornecedor é avaliado por meio da quantidade de devoluções efetuadas.

d) Desempenho do produto em serviço

O fornecedor é avaliado por meio das ocorrências de desempenho insatisfatório no serviço.

– Modalidades de Compras

De Emergência: É aquela que se realiza às pressas. Acontece quando a empresa não faz planejamento das compras.

Especulativa: É realizada, antes de se apresentar a necessidade. Destina-se a especular com uma possível alta de preços.

Antecipada: É realizada, a fim de atender às reais necessidades da loja para determinado período. Exige rigorosa previsão das vendas.

Contratada: É aquela que prevê a entrega dos pedidos em épocas pré-determinadas.

Reposição: É aquela para adquirir mercadorias com comportamento estável das vendas. Exemplo: produtos de higiene, limpeza e outros que registram comportamento de vendas equilibrado.

PATRIMÔNIOS

2.1.1 Incorporações orçamentárias

São os registros das aquisições de materiais permanentes adquiridas com nota fiscal dentro do exercício do recebimento (natureza de despesa) que afetarão as entradas orçamentárias do Relatório de Movimentação de Bens Móveis (RMB).

2.1.2 Incorporações extraorçamentárias

São os registros de aquisição de materiais permanentes, que afetarão as entradas extraorçamentárias do Relatório de Movimentação de Bens Móveis (RMB).

2.1.2.1 Compras por restos a pagar

São as compras que ocorrem conforme notas de empenho do exercício anterior, porém inscritas em restos a pagar no exercício atual.

2.1.2.2 Retorno ao estoque

O retorno caracteriza-se como a volta, ao local de origem, das mercadorias que não tenham dado entrada no estabelecimento para qual estavam destinadas. As mercadorias podem retornar por vários motivos:

- Falta de algum documento que acompanhe o pedido;
- Produto em desacordo com o pedido;
- Dados incompletos ou incorretos do destinatário;
- Preço ou prazo/forma de pagamento divergente ao acordado;
- Estabelecimento fechado, etc.

2.1.2.3 Produção

É a incorporação de um bem patrimonial fabricado ou construído pelo Ente Público, realizada mediante a identificação precisa de seu valor, por meio da apropriação de seu custo de produção ou fabricação.

2.1.2.4 Doação

Doação é o ajuste em que o doador transfere a outro um bem de seu patrimônio a título de mera liberalidade. A Administração pode fazer doação de bens públicos desafetados, entretanto, esse procedimento é tido como excepcional e atender a interesse público devidamente demonstrado. Qualquer violação a esses pressupostos representa conduta ilegal e dilapidatória do patrimônio público.

2.1.2.5 Sobra de estoques

São consideradas sobras de estoques as sucatas, os subprodutos, pedaços, resíduos, aparas e outros materiais derivados da atividade industrial que têm como característica nascerem do processo da produção.

A diferença entre um e outro reside no fato de que a sucata não tem um mercado garantido de comercialização e os preços bastante incertos enquanto os subprodutos têm boas condições de demanda e de preços.

2.1.2.6 Arredondamentos

Algumas vezes podem ocorrer diferenças de arredondamento entre os registros de estoque atuais do estoque real e do estoque calculado (quantidade x preço) durante o período contábil. As diferenças de arredondamento ocorrem porque os preços e as unidades de preço produzem valores de que não podem ser representados em unidades de moeda mínimas (duas casas decimais, por exemplo).

Uma das formas de ajuste ocorre com a alteração de valores para os próximos itens recebidos em estoque.

2.1.2.7 Indenizações e reposições

Todo agente público poderá ser chamado à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material que lhe for confiado para guarda e uso, bem como, dolosa ou culposamente, pelo seu dano. Qualquer irregularidade ocorrida com o bem ou material

sob sua responsabilidade será objeto de comunicação formal, imediatamente, de maneira circunstanciada, por parte do agente público, a Chefia competente. A indenização e/ou reposição por parte do agente responsável poderá ser efetuada arcando com as despesas de recuperação, substituindo o material por outro de mesmas características acompanhado dos documentos fiscais, apurado em processo regular e comissão composta por 03 (três) servidores. As empresas prestadoras de serviços do órgão público deverão indenizar, na forma prevista, em virtude de dano, furto ou extravio causados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, por parte dos seus empregados.

2.1.2.8 Diferencial de incorporação

Incorporação é o registro de um bem no sistema de controle patrimonial de uma instituição, decorrente de compra, cessão, doação, fabricação própria, comodato ou permuta, com a consequente variação positiva no patrimônio do órgão.

2.1.2.9 Transferências e cessões

Transferências

É a incorporação de bens de responsabilidade de uma unidade administrativa para outra em caráter definitivo.

Cessões

É a modalidade de ingresso de bens e materiais ao acervo patrimonial, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, de um órgão para outro no âmbito da Administração Pública. Os bens classificados como ociosos ou recuperável serão cedidos a outros órgãos que deles necessitem.

2.1.2.10 Permuta

É a incorporação no acervo patrimonial do órgão público de um bem pertencente a outro órgão público, que foi objeto de troca, portanto as partes transferem e recebem, uma da outra, bens de igual natureza e/ou valor econômico, ou ainda, bens de diferente natureza e/ou valor econômico, mediante complementação em pecúnia, se for o caso.

2.1.2.11 Valorização de bens

Reavaliação é a técnica de atualização para mais dos valores dos bens de uma entidade, por meio do preço de mercado ou de consenso entre as partes, fundamentada em pareceres técnicos (laudos de avaliação), tendo em vista que a quantia avaliada encontra-se superior ao valor líquido contábil, sendo, portanto, a diferença entre o valor originalmente consignado e o valor reavaliado, registrada no patrimônio.

2.1.2.12 Outras incorporações

Incorporação é a agregação de novos elementos ao Patrimônio Público, que pode ser através de leasing, transferência, apropriação, arrendamento, apropriação, etc.

2.2 Descargas do almoxarifado e do patrimônio

Todos os materiais transitam pela área de armazenamento, uma vez que o recebimento, a aceitação e a distribuição são atividades inerentes do almoxarifado, para só então o gerenciamento dos bens adquiridos passarem a ser atividade da área do patrimônio.

2.2.1 Consumo

O estoque de consumo tem como finalidade o registro e controle dos itens de consumo básicos, utilizados nas rotinas das atividades, como os de limpeza e higiene, de alimentação, de escritório, etc.

2.2.2 Perdas

As perdas ocorrem quando parte dos materiais são avariadas e não podem ser aproveitadas em consequência de incêndios, evaporação, expiração da validade, etc.

2.2.3 Alienação no serviço público

Alienar é transferir um bem ou o direito de alguma coisa. No caso de bens públicos, o objeto dessa transferência é um item, bem móvel ou imóvel, que integra o acervo patrimonial de algum órgão da administração pública.

Os bens públicos também podem ser vendidos, doados, permutados, dados em pagamento etc. Assim, podem passar de patrimônio de uma entidade pública para o de outra entidade pública ou privada, pessoa física ou jurídica.

2.2.3.1 Venda

É a venda de bens móveis classificados como ociosos, antieconômicos ou inservíveis, que deverá ser efetivada mediante leilão. Procedida com estrita observância dos princípios de licitação, salvo as exceções previstas na legislação específica.

2.2.3.2 Doação

Tópico abordado no item 2.1.2.4.

2.2.3.3 Permuta

Tópico abordado no item 2.1.2.10.

2.2.4 Quebra de estoques

São diferenças ocasionadas em materiais que foram danificados por diversas razões (quebra, furto, expiração da validade, obsolescência, etc.) e necessitam ser ajustadas nos registros fiscais e contábeis para que haja sempre precisão nos dados apresentados.

2.2.5 Arredondamentos

Tópico abordado no item 2.1.2.6

2.2.6 Devolução a fornecedores

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor. A devolução de material se dá mediante autorização por escrito ao fornecedor, onde é indicado o endereço e forma de envio (recolhimento por parte da empresa ou transportadora, envio pelos correios, etc.). É vedado o pagamento do frete por parte do órgão comprador na devolução de mercadorias quando a parte motivadora foi o fornecedor (peça já veio quebrada, defeito de fábrica, mal embalada, etc.).

2.2.7 Diferencial de incorporação

Tópico abordado no item 2.1.2.8

2.2.8 Transferências e cessões

Tópico abordado no item 2.1.2.9